

EXPRESSION CORPORELLE ET GLOBALITÉ

Recherche et évaluation clinique
dans le cadre gériatrique

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

André STARK

de

Genève

Thèse n° 3634

Genève
Imprimerie Pot
1977



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41545927_0012

EXPRESSION CORPORELLE ET GLOBALITÉ

Recherche et évaluation clinique
dans le cadre gériatrique

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine
de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de docteur en médecine

par

André STARK

de

Genève

Thèse n° 3634

Genève

Imprimerie Pot

1977



La Faculté de médecine, sur le préavis du professeur Gaston GARRONE, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 2 novembre 1977

Thèse n° 3634

Le doyen:
Marcel Jenny

TABLE DES MATIÈRES

tiens à remercier très chaleureusement ceux qui m'ont aidé dans l'élaboration de cette recherche: Le professeur G. Garrone, pour ses conseils et l'intérêt qu'il a témoigné à ce travail; Le Dr J.-P. Junod, pour sa compréhension et son aide qui m'ont permis de débiter concrètement cette recherche; Le Dr G. Goda, pour la confiance et les encouragements qu'il m'a prodigués; M. W. Fischer, pour son aide précieuse dans l'évaluation technique des résultats.

Enfin à Trudi Schoop et à Suzanne Martinet va toute ma reconnaissance pour l'expérience pratique et l'enthousiasme dans leur travail qu'elles ont voulu partager.

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	5
A. CADRE DE LA RECHERCHE	8
I. Vers un concept de « globalité »	8
II. L'expression corporelle	13
III. La personne âgée	21
B. LA RECHERCHE	25
I. Le groupe	26
II. La thérapie	27
III. Les méthodes d'évaluation	27
a) modèle dynamique élémentaire	28
b) grille d'évaluation phénoménologique	32
c) grille d'évaluation subjective	52
C. RÉSULTATS ET CONCLUSIONS	55
I. Grille d'évaluation phénoménologique	55
II. Grille d'évaluation subjective	57
III. Remarques et évaluations subjectives du thérapeute	61
CONCLUSION	65
BIBLIOGRAPHIE	69

INTRODUCTION

*« On ne change pas de route
On change de regard.
Il n'est pas d'autre passage dans une vie
Pas d'autre moment
Qu'une histoire d'âge en âge. »*

*« Par le corps de la terre »
SATPREM. (4)*

C'est de l'Inde, terre du voir et de l'entendre, que s'élève ce chant. C'est en Inde également que sont nés pour moi les prémices de ce travail. C'est là, où j'ai appris — oublié-t-on jamais — à voir et à entendre : à voir et à entendre les choses les plus simples, les plus proches, le corps de l'autre, mon corps et la terre qui les entoure.

L'Inde m'a permis aussi de pressentir — j'aimerais dire de « goûter » — au-delà des dualismes millénaires propres à notre culture occidentale, il existe peut-être un lieu d'unité possible, une vision plus globale de l'être. Changement de regard toujours. Comme dit TEILHARD DE CHARDIN : « être, c'est s'unir davantage... Mais l'unité ne grandit que supportée par un accroissement de conscience, c'est-à-dire de vision. Voir. On pourrait dire que toute la Vie est là, sinon finalement, du moins essentiellement ». (5)

Enfin dans le contexte de cet éveil, TRUDI SCHOOP* m'a apporté le premier lieu d'expérience personnelle, indispensable à toute recherche. Elle m'a permis de me mettre en mouvement, d'agir, de toucher. Elle a partagé avec moi son enthousiasme son désir et son expérience d'une rencontre plus globale de l'autre — dans le cadre thérapeutique ou extra-thérapeutique — par l'approche de la danse et de l'expression corporelle.

Ces quelques jalons de l'itinéraire ayant conduit à ce travail mettent en évidence l'importance des organes des sens. L'observation et l'expérimentation sont à la base de cette recherche qui se veut avant tout clinique. En voici le contexte et l'hypothèse de travail.

*Trudi SCHOOP : danse-thérapeute (D.T.R.), une des premières à introduire les thérapies par la danse aux USA, notamment avec les psychotiques.

Afin de répondre plus adéquatement à la demande ou aux plaintes de certains patients ou dans l'idée de repenser l'idéologie thérapeutique actuellement en vigueur, certaines écoles, se basant sur le concept de « globalité » ou d'approche de la personne globale, pensent souhaitable d'offrir un cadre thérapeutique non limité à une seule approche (uniquement verbale, corporelle, médicamenteuse, etc.). Ainsi, ils pensent permettre au patient et au thérapeute :

- de se transmettre rapidement le maximum d'informations (car provenant de plusieurs sources : verbal, non verbal, multicanaux).
- de travailler selon les besoins, à divers niveaux de la réalité (soi, l'autre, le milieu, le corps, la pensée, l'imaginaire, dans l'immobilité, dans le mouvement...).
- de bénéficier, par cette approche sous différents angles, des interactions thérapeutiques ainsi provoquées (par exemple, les interactions entre « agi » et « ressenti » ou entre « vécu émotionnel » et « verbalisation »...).

Dans ce travail, j'essayerai de voir si une approche par l'*expression corporelle* répond à ces critères et si elle peut être considérée comme une méthode thérapeutique d'*approche de la personne globale*.

J'essayerai d'élaborer une *méthode d'évaluation* d'un travail thérapeutique par l'expression corporelle basé sur le *critère de globalité* et de dire si ce travail permet d'induire un *mouvement* thérapeutique tendant vers plus de globalité. J'observerai les corrélations existant entre ce mouvement et une éventuelle amélioration de la symptomatologie clinique. J'essayerai enfin de dire si une telle approche semble adéquate et bénéfique pour la population spécifique choisie : *la personne âgée*.

Pour ce faire, j'aborderai, dans une première partie théorique, les trois éléments à la base de la recherche clinique, à savoir :

Le cadre : concept de globalité

La méthode : l'expression corporelle

Le sujet : la personne âgée.

Dans une deuxième partie, je présenterai la recherche proprement dite : caractéristique du groupe, déroulement pratique des sessions et méthode d'évaluation. Les résultats des différents types d'évaluation et une discussion de ceux-ci seront abordés dans la troisième partie.

L'ensemble du travail, présenté sous forme de matériel de recherche, appelle à la discussion et à la controverse. Tel en est le but : il ne prétend pas à des conclusions définitives. Il n'est ni exhaustif, ni malheureusement « global » ! L'approche développementale, par exemple, (PIAGET, WALLON) n'est pas abordée ici.

Je l'ai dit, cette recherche se veut avant tout clinique : elle vise à tenter d'élaborer une sémiologie psychomotrice, permettant, dans un premier temps, d'évaluer un travail de ce type dans le contexte d'une approche de la personne globale. Mais, comme le remarque justement J. BERGES, « la psychomotricité, elle (au contraire de la neurologie), n'est pas faite de signes, elle est faite de manières d'être et de manières de faire ».

«Ceci n'implique pas que nous allons rester dans les nuages de la manière être et de la manière de faire». (1)

Nous avons besoin, comme le souligne G. CARRONE, «d'un système de référence suffisamment solide, susceptible de faciliter l'élaboration de notre pratique». (3) Ce système de référence, cette sémiologie, qui ne sera jamais une sémantique, doit être basée essentiellement sur une observation. On percevra cependant sans cesse que nous sommes aux frontières de domaines beaucoup plus vastes, tels que la philosophie et la métaphysique, domaines que je n'ai pas la prétention d'aborder dans ce travail.

Enfin, il semble important de souligner la richesse et les vastes zones encore à découvrir dans ce domaine. Découvrir, voire redécouvrir plutôt. Le sujet «à la mode», (2), certes, mais il n'est pas «nouveau» pour autant : nos pères nous ont précédé sur la voie de l'homme global et de l'approche corporelle. Les sciences envisageaient déjà le travail du stade comme étroitement lié et indispensable à toute recherche intellectuelle.

Il ne s'agit donc pas de crier à la nouveauté et de mépriser les «vieilles thérapies». Il s'agit plutôt de chercher à unifier. Il ne s'agit pas de changer de méthode mais de changer de regard.

A. CADRE DE LA RECHERCHE

I. VERS UN CONCEPT DE « GLOBALITÉ »

Je décrirai tout d'abord quelques démarches touchant ou utilisant le concept de globalité. Je montrerai quelques critiques indiquant les limites de ce concept. Je tenterai enfin de définir ce qui doit être compris par globalité dans le cadre de ce travail.

J'aimerais aborder cette sommaire description des différents courants attachés au concept de globalité en partant de la quasi-unanimité des courants thérapeutiques actuels — dans le cadre de la conception dualiste corps-esprit — à reconnaître deux faits :

- l'existence d'interactions au sens large, entre « vie corporelle » et « vie psychique ».
- l'importance du corps en thérapie, sous des aspects certes variés et avec plus ou moins de traductions pratiques.

En 1927, FREUD affirmait : « le moi est avant tout un moi corporel » (22) et en 1975, Anna FREUD réaffirme : « l'importance du corps pour le psychisme se manifeste dès le début de la vie, c'est-à-dire dès que se développent les processus psychiques » (21). De nombreux autres auteurs, dont AJURIAGUERRA et son concept du « dialogue tonique », illustrent bien ces idées. (7, 39)

Indéniablement, le corps participe à la vie de l'esprit et réciproquement et ce fait peut être utilisé dans le cadre thérapeutique.

Cette réalité reconnue dès l'antiquité grecque — si ce n'est auparavant — est réaffirmée de façon plus précise au cours des XIX^e et XX^e siècles par les différents *courants de psychosomaticiens*, mais sans réellement faire appel au concept de globalité. GRODDECK écrit : « ... je vous serais reconnaissant de renoncer à faire une distinction entre le "psychisme" et "l'organisme" ... au fond les deux sont une seule et même chose ». (20)

L'école allemande avec MITSCHERLICH, qui, comme l'école française, abandonne la relation de causalité entre soma et psyché, les considérant comme un tout, apporte une nouvelle dimension à la théorie précédente : « une personnalité mature est une personnalité socialisée » (19). La *sociologie* est ainsi intégrée à la médecine.

Les conceptions psychosomatiques ne réalisent cependant que rarement une approche thérapeutique réellement globale : elles demeurent encore trop

uvent entachées de dualisme comme si « la pensée psychosomatique ne pouvait se libérer de la logique scientifique si glorieuse des sciences humaines dites écrites... » (16)

Dès 1940, à la suite de Martin BUBER et sous l'instigation de P. TOURNIER de ses amis, naît un mouvement (Groupe de Bossey), cherchant à définir et vivre une « médecine de la personne » : « ... la médecine de la personne n'est un chapitre de la médecine, ni une forme spécialisée de celle-ci. Elle est une coloration donnée à la médecine en général. (...) Au delà des causalités et recherchent la médecine organique et le freudisme, la médecine de la personne tente d'atteindre la finalité. » (36) Elle met ainsi en évidence l'importance de la *dimension spirituelle* pour l'homme et le besoin d'unité de la personne.

L'importance du corps et d'une rééducation à la sensation pure comme facteur d'équilibre psychique est abordé dans ce même esprit et dès le début du cycle par R. VITTOZ. (37) Cette méthode très utilisée, notamment dans les cours de formation à la vie contemplative, vise avant tout la soumission au réel : « la plus haute spéculation n'est valable que si elle reste fidèle à ce donné initial qu'est en métaphysique : le donné sensible ». (11)

Issu du mouvement de Bossey, K.G. DURCKHEIM insiste également sur l'importance de la conscience du corps dans l'évolution de toute la personne. Au lieu de s'éloigner des conceptions pluralistes, on perçoit derrière le concept « corps », défini comme « ... la manière dont le sujet "est là" dans le monde, la manière dont il sent, dont il se donne et dont il se comporte » (18), une vue globalisante de la personne, au delà de la simple « mécanique » corporelle.

Un point commun à ces approches est la remise en question sur le plan personnel et professionnel du thérapeute lui-même. Cette réalité de l'implication du thérapeute, notamment au niveau de la *relation médecin-malade*, sera prise et élaborée par M. BALINT (8), amenant un nouvel élément pour une approche réellement globale du malade. Elle aborde également les problèmes de communication, nouvel espace dans la recherche actuelle.

Le travail de Balint est parallèle à l'éclosion, aux Etats-Unis, du mouvement « humaniste » (15) qui, à la suite de C.R. ROGERS et d'autres, ébauche la conception et la méthodologie d'une « *thérapie centrée sur le client* », refusant les systèmes dualistes ou pluralistes de la personnalité. Pour Rogers « l'unité de la personnalité n'est pas celle d'une structure... c'est une unité de mouvement (process) qui préexiste à toutes les structures » (34)

Sur le plan psychothérapeutique, la notion de méthode et de rôle social du thérapeute est contestée : l'important est la rencontre de deux hommes dans un mouvement ; mouvement vers une unité — une globalité — qui se construit dans une relation et qui « aboutit » quand le client : « ... est pleinement homme, quand il est son "organisme" total, quand la conscience de son expérience, est attribut spécifiquement humain, fonctionne à plein ». (35, 35b).

Ainsi Rogers, contestant le type de pensée scientifique dominant, s'apparente idéologiquement aux philosophes et thérapeutes *existentialistes*, soit du

courant américain [MAY (30), MASLOW (29)], soit du courant européen BOSS (12), MERLEAU-PONTY (32)].

Résolument positifs sur les possibilités humaines, ils orientent leurs recherches « *vers une psychologie de l'être et de la santé* », en opposition à une recherche centrée sur la pathologie, dont ils ne nient cependant pas le bien-fondé : « ... c'est comme si Freud nous avait apporté la moitié malade de la psychologie et qu'il nous fallait maintenant découvrir la partie saine de celle-ci ». (29) La psychologie existentialiste se fonde, selon MASLOW, sur le concept d'identité et d'expérience de l'identité, qu'elle considère comme une réalité sine-qua-non de la nature humaine. Elle insiste ensuite sur la nécessité de partir d'une connaissance expérimentale, utilisant l'expérience personnelle subjective comme fondement du savoir abstrait (Phénoménologie — *dasein*). Enfin, elle touche la notion d'intégration de l'expérience : quelle que soit la nature de celle-ci, rien ne doit être refusé, tout doit être intégré.

Sur le plan de la recherche, l'étude est souvent centrée sur des gens sains : PELLETIER et son équipe, à San Francisco, étudient comment l'organisme de gens sains revient à un état basal après divers types de stress. Ils tirent ainsi un profil de l'homme sain : « ... ces gens semblent avoir un haut degré d'intégration corporello-mentale (*body-mind*) ». (27).

Nettement influencée par la tradition existentialiste, mais prenant de plus en plus de nouvelles orientations au fur et à mesure de leurs recherches, il faut citer le courant *antipsychiatrique* avec LAING (26), COOPER (13), BASAGLIA (10) et d'autres qui « ... beaucoup plus fascinés par la vie globale de (leurs) patients que par la maladie particulière qui les habitait... » (9) mettent sur pied des communautés thérapeutiques. Cherchant à échapper à la « chosification » des patients qu'ils pensent liée à l'existence même du système de référence psychopathologique et au dualisme inévitable qu'il entraîne, ils tentent d'aborder dans ces communautés une « ... personne concrète, l'existence d'un homme, son être-dans-le-monde ». (26)

Plus récemment encore, s'élabore aux Etats-Unis le concept de *holistic health* et de *holistic medicine* qui peut être traduit approximativement par le terme de global ou unifié. Il englobe un ensemble d'approches « thérapeutiques » visant la conservation de la santé avant le traitement des maladies et ceci sous la responsabilité du client lui-même et non du spécialiste. « Si les solutions (thérapeutiques) purement technologiques, impersonnelles, spécialisées, manipulatives ne fonctionnent plus, qu'est-ce qui fonctionnera ? La réponse réside peut-être dans une nouvelle compréhension de la globalité de la vie, pouvoir ultime de la *responsabilité personnelle* ». (27).*

Nous abordons ainsi le thème fondamental de l'espace « laissé à disposition » du patient dans le cadre d'une approche globale de la personne, autrement dit des *limites du concept de globalité*.

Les tenants de l'approche « *holistic* » posent le problème du *contrôle*

* On pourrait encore citer comme allant dans la même direction de recherche les travaux sur la dynamique de groupe, la Gestaltthérapie, le psychodrame.

médical considéré sous l'angle thérapeutique. L'homme global peut, en effet, trop facilement être confondu avec l'homme « adapté ».

DUHL, directeur du programme de formation médicale et paramédicale à l'Université de Berkeley, souhaite que les médecins s'intéressent à la « *holistic medicine* » mais ne la contrôlent pas (27).

Des opinions voisines sont énoncées par des gens d'horizons aussi divers que MARCUSE — « la réification tend à devenir totalitaire ... c'est la forme la plus pure de la servitude: exister comme instrument ». (28) — MITSCHER-CH — « ... la spécialisation inhérente au caractère de masse et aux besoins de l'industrialisation, exige comme complément indispensable que les esprits se voient informés à un modèle unique ... » (33) — DIATKINE — « Il faut prendre garde, en considérant toute la personne d'une façon globale, à ne pas arriver à un "supercontrôle" sur toutes les dimensions de cette personne. » (14) — J. AGEL — « Thérapie signifie changement et non ajustement ». (6)

Plus radicales encore les critiques touchant au problème du *pouvoir médical* envisagé sous l'angle *socio-politique*. Celles de ILLICH sous l'angle de l'exploitation de la santé: « La colonisation médicale de la vie quotidienne aliène les moyens de soins. Le monopole professionnel sur le savoir scientifique empêche son partage. (23) Lorsqu'une activité « outillée » (comme l'entreprise médicale) dépasse le seuil défini par l'échelle ad hoc, elle se retourne d'abord contre sa fin, puis menace de destruction le corps social tout entier. » (24)

Celles de McKNIGHT sous l'angle de la médecine: modèle de domination moderne: « ... l'idéologie thérapeutique consiste en un simple credo en trois points: le problème de base, c'est vous; la solution de votre problème dépend de mon contrôle professionnel; mon contrôle a pour but de vous aider. L'essentiel de l'idéologie réside dans sa capacité de cacher le contrôle derrière un masque magique de l'aide thérapeutique. » (31)

Celles de DUPUY et KARSENTY sous l'angle de « l'invasion pharmaceutique ». (17)

Ainsi sont posés les problèmes de l'*autonomie* et de la *responsabilité* du patient ou du client, problèmes qui ne peuvent être évités lorsque l'on reprend la notion d'approche thérapeutique de la personne globale. Assez unanimement reconnue sur le plan théorique: « il ne s'agit pas de faire du malade quelqu'un de rangé, soumis ou docile, bien au contraire, il faut l'aider à s'épanouir et à faire l'expérience de sa propre vie » (25), cette notion, pour diverses raisons effleurées plus haut, a de la peine à trouver sa traduction dans la réalité.

Un dernier point concerne les *limites propres du thérapeute*, tant sur le plan technique que sur celui de ses propres aptitudes à un développement global de sa personne, puisque dans le cadre de l'approche qui nous intéresse, ces deux aspects tendent à se confondre.

Dans la dernière partie de ce chapitre, j'essayerai de formuler ce que couvre, pour moi et dans ce travail, le terme de « globalité ». Les lignes qui suivent sont une hypothèse de travail, non un credo ou une conclusion.

Je partirai d'un fait résultant d'une observation, merveilleusement traitée par Teilhard de Chardin :

«... l'homme moderne est obsédé par le besoin de dépersonnaliser (ou d'impersonnaliser) ce qu'il admire le plus. Une raison en est l'Analyse, ce merveilleux instrument de recherche scientifique auquel nous devons tous nos progrès, mais qui, de synthèse en synthèse dénouées, laisse échapper l'une après l'autre toutes les âmes et finit par nous laisser en présence d'une pile de rouages démontés et de particules évanescences ». (5)

Après la période de l'Analyse, indispensable à notre compréhension de la vie, il nous faudrait replacer les différents éléments de celle-ci face à l'ensemble tout entier. Non seulement recréer le Tout en faisant la somme des différents éléments, ce qui ne serait qu'une addition — un homme «total», complet, mais sans vie — mais savoir regarder et voir que «quelquechose» naît et se crée à partir du rapprochement même des différents éléments analysés.

A nouveau, il nous faut regarder et nous constaterons que ce quelquechose n'est pas une simple «substance intercalaire», un ciment, un élément de cohésion — un de plus à analyser — nous offrant un homme «unifié», unité isolée et toujours sans relief et sans vie.

Ce qui naît du rapprochement des différents éléments de l'analyse n'est-ce pas un ensemble de *relations* au sens le plus large du terme. Relation des éléments deux à deux, relation des éléments entre eux, d'un élément avec l'extérieur, avec le milieu, relation du tout avec un élément, relation ou non-relation.

Il faut encore voir plus avant : ce quelquechose ne serait-il qu'un vaste réseau, une toile d'araignée de relations, formant la base de la vie ?

Je crois que ce qu'il y a «de plus», c'est la faculté des éléments analysés, une fois replacés dans leur réseau de relation, de se modifier, de se moduler l'un l'autre, bref, d'induire inévitablement mais de façon non prévisible, des *changements*.

La simple mise en présence induit un changement, fait que quelquechose se passe, puisque chaque élément n'est pas en lui-même statique mais vibre dynamiquement.

Or ce changement, ces changements multiples et interminables nous gênent car ils nous mettent devant notre limite : notre incapacité à les saisir : à peine perçus, ils sont déjà autres. D'où notre résistance, je crois, à tenter de considérer la vie ou l'homme dans son dynamisme, dans son *mouvement* inducteur de changements infinis, qui «transforment» littéralement.

Un *homme global** serait un homme *conscient par l'expérience* des différents éléments de sa personne — tant constitutifs que potentiels — et capable, *dans le milieu* où il se trouve, de faire ou de laisser jouer les *dynamismes inducteurs de changements*, qui prennent leur origine dans la *vie de relation* (au sens large). Bien sûr, cet homme idéal n'existe pas ; il est en perpétuel *devenir* et cela de façon *individualisée*.

* Global : la forme géométrique du globe ou de la sphère, sans début ni fin, sans angle ni opposé, me semble convenir à cette description. Elle aide également à dépasser l'image dualiste qui nous guette constamment.

Dans le contexte de cette hypothèse, on peut considérer la maladie comme étant l'*hypertrophie* de l'un des éléments constitutifs de la personne, entraînant la *stagnation* des autres éléments. L'approche thérapeutique de la personne globale devrait viser, alors, à stimuler la remise «en fonction» des autres éléments potentiels, rétablissant ainsi une situation dynamique.

Il est évident qu'au cours de sa vie et selon les circonstances, tout individu privilégie tels ou tels éléments de sa personne. La «maladie» est constituée par une croissance exagérée et souvent involontaire d'un des éléments. Elle amène à une *spécialisation*,* (SCHOOP) voire à une hyperspécialisation, stérilisant dans ce mouvement d'isolement — qui conduit du reste à la mort — la possibilité d'expression de tous les autres éléments, par absence de vie relationnelle, conductrice de changement.

Avec une vue trop finaliste, on pourrait aller jusqu'à dire que la maladie est une tentative d'échapper au changement, à la transformation.

Concrètement, une thérapie — mais est-ce bien encore une thérapie, n'est-ce pas plutôt une simple hygiène, tenant autant du domaine de l'éducation, du bon sens, de l'expérience, que de la médecine — visant une approche de la personne globale devrait avoir un objectif principal: stimuler l'individu «malade» et éventuellement l'accompagner dans les premières démarches visant à retrouver la conscience et la possibilité d'utilisation de ses propres facultés et potentialités, lui permettant ainsi de «fondre» la spécialisation dans laquelle il se limitait, voire s'enfermait, et ainsi de permettre à nouveau le jeu des dynamiques réciproques.

On verra plus loin (Chap. B.III) comment cette hypothèse de travail, cette orientation, pourra se formuler en termes de recherche et d'évaluation.

L'EXPRESSION CORPORELLE

Dans ce chapitre, je me propose de donner une idée du cadre théorique dans lequel les techniques d'expression corporelle se sont développées. Je les évoquerai par rapport aux autres approches corporelles et je donnerai quelques éléments de recherche clinique.

D'emblée, en parlant d'approche ou d'expression «corporelle», on se trouve placé dans l'ambiguïté de vocabulaire qui nous ramène à la conception dualiste «corps-esprit» ou, dans le contexte thérapeutique, à celle de «corporel» (non-verbal!) et de «verbal». Je précise une fois de plus que le terme de corporel,

il est entendu que lorsque j'emploie le terme de spécialisation, il s'agit de spécialisation de l'«être» et non du «faire». Un Van Gogh, un ermite ou un chercheur enfermé dans son laboratoire, peuvent être des personnes globales, bien qu'ils soient des spécialistes du «faire». Mais souvent, il est vrai, l'un peut entraîner l'autre.

utilisé dans le cadre du concept de globalité, décrit un angle de vision mais ne décrit jamais l'objet proprement dit de l'observation. Ce que l'on observe n'est, en effet, pas le corps mais l'homme dans sa globalité. Je parlerai ainsi constamment du « corps » en ne cessant de sous-entendre qu'il ne s'agit pas *que* du corps et que le corps en tant qu'élément isolé, dévitalisé, ne m'intéresse pas.

Abordons ce survol des différences approches corporelles, non par une description détaillée de chaque technique,* mais plutôt en situant leurs origines et leurs traductions cliniques actuelles d'une part et leurs points de convergence d'autre part.

Ces approches se développent, sur le plan thérapeutique, dès l'après-guerre. Comme le montre la figure 1, elles émanent de la conjonction de différents courants, certains de tradition très ancienne, comme les techniques orientales, d'autres beaucoup plus récents, comme la théorie Reichienne.

L'élaboration des concepts — psychosomatique, image du corps... — et des techniques — relaxation, danse, psychodrame... — s'est poursuivie parallèlement dans des domaines paraissant de prime abord très éloignés les uns des autres, comme la danse et la psychanalyse.

Les techniques orientales amènent une vue du corps dans le contexte de la spiritualité, corps source de notre réalité immédiate mais appelé à être dépassé.

Les méthodes de relaxation, soit celle du training autogène de SCHULTZ ou d'« autodécontraction concentrative » (auto-hypnose) (97, 78) soit celle de JACOBSON (65, 66) développant un apprentissage du contrôle des tensions, révèlent l'importance du niveau tonique et musculaire.

L'apport de la danse moderne est central puisqu'il introduit la réalité du mouvement et celle de l'expression des émotions et sentiments. (94) Dans cette ligne, MORENO amènera la vue théâtrale, dans la représentation (acting-out) de situations concrètes ou imaginaires où le jeu corporel prend autant d'importance que ce qui est exprimé verbalement. (109, 105)

Les recherches sur le plan théorique visent d'une part à préciser le concept psychosomatique et d'autre part à définir la notion d'image du corps. Prenant son origine dans les recherches neurologiques visant à expliquer les distorsions dans l'attitude et les perceptions corporelles (aschématisie, autotopognosie, ...), la notion d'image du corps sera surtout étudiée par les différentes écoles psychanalytiques qui en donneront différentes conceptions. (62) REICH enfin, partant de ces concepts, en explicitera une traduction clinique en montrant les interactions entre conflits de la personnalité et modification musculaire (« cuirasse caractérielle »). (87, 46)

De nombreuses autres approches, comme la recherche behavioriste, ont amené de nouvelles vues dans ce domaine toujours en pleine élaboration.

Cette origine « multidisciplinaire », qui devrait favoriser une réelle synthèse et, donc, une approche plus globale de la personne, ne se manifeste encore que partiellement dans la traduction clinique de ces différents courants. En effet, ceux-ci, tout en se réclamant quasi unanimement d'une vue très unitaire de l'homme, gardent des cloisonnements encore très rigides entre eux,

* Se référer pour cela à la bibliographie.

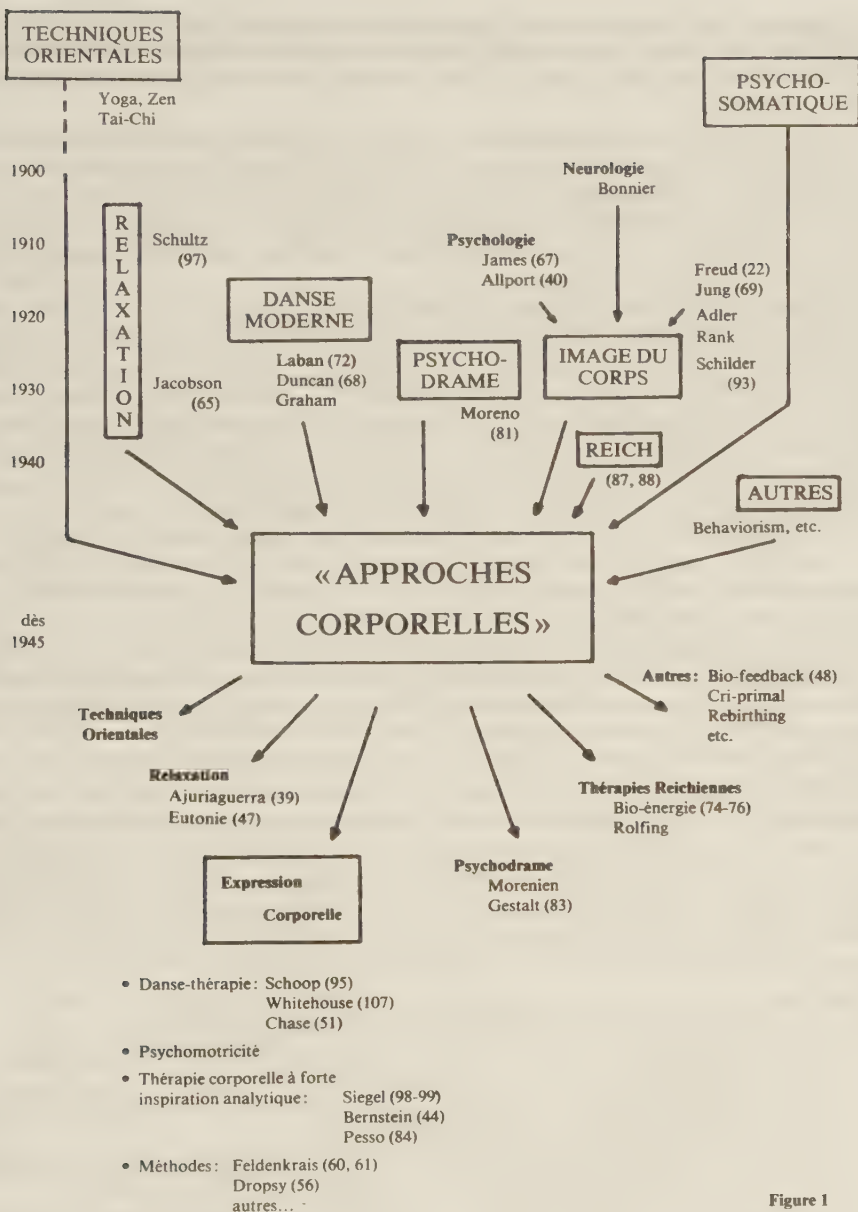


Figure 1

privilegiant souvent de façon dogmatique tels aspects de leur technique à l'exclusion des autres. Cette tendance, il est vrai, doit être très nuancée, puisqu'elle dépend beaucoup plus de la personne du thérapeute que de la technique proprement dite.

Il est intéressant de remarquer que c'est dans les approches les moins « médicales » comme la danse-thérapie et le psychodrame morénien que l'on peut trouver les techniques les plus variées et les concepts les plus globaux.

Cela tient probablement à l'origine professionnelle et personnelle de ceux qui pratiquent ces approches, ainsi qu'aux possibilités laissées par une élaboration théorique moins poussée.

Mais ce fait pose également la question des limites de ce que l'on peut appeler le « thérapeutique » dans les approches corporelles. La question n'est pas simple. Ou bien on englobe dans le thérapeutique des gestes quotidiens « oubliés » comme la danse ou même la marche, avec la conséquence redoutable de médicaliser la vie, ou bien l'on rejette ces approches du cadre thérapeutique sous divers prétextes — dont leur manque de sophistication ! On prive ainsi les patients de voies d'abord simples ayant l'avantage de pouvoir se pratiquer en l'absence de thérapeute, après une certaine préparation.

Une ébauche de réponse peut se trouver dans cette phrase de J. BERKE : « le psychiatre joue (plutôt) le rôle d'un expert de la communication. Il doit se familiariser avec un grand nombre de modes de communication afin de pouvoir parler avec les autres et surtout de pouvoir les écouter, quelles que soient leurs particularités de langage. » (9) Le thérapeute devrait être capable de réellement appréhender la demande du patient et de pouvoir orienter celui-ci de façon souple à tel ou tel moment de la thérapie, vers telle ou telle approche répondant mieux à son besoin présent.

C'est dans ce sens que vont également des recherches comme celles de R. MAY et d'autres, qui pensent que la thérapie ne doit pas prétendre soigner mais assister une « auto-exploration » (30) ou permettre une expérimentation. (70)

Que ce soit sous l'angle de la communication ou sous celui de l'expérimentation, cette vue correspond au cadre thérapeutique que voudrait offrir l'approche par l'expression corporelle. Il pourrait être cerné, dans un premier temps, par la description des points de convergence, communs à toutes les approches corporelles. On peut les résumer en cinq points :

- * Le corps est la *manifestation visible* de tout l'être (95, 64).
- * Les potentialités de tout l'être (physiques, mentales, émotionnelles, ...) sont en constante *interaction* (globalité) (95, 71).
- * La thérapie est un lieu destiné à l'*expérimentation* et à la *prise de conscience* de ces potentialités et de leurs interactions (70,43).
- * Cette prise de conscience vise un processus de *croissance* (growth process), ayant pour visée l'*intégration* des potentialités de l'être (52, 38).
- * Le thérapeute est le *catalyseur* empathique de ce processus (qui peut moduler le cadre de l'expérience en fonction des besoins) (36, 56, 64)

Sur cette base se développent les différentes « techniques » qui, chacune,

mettent un accent prioritaire sur tel ou tel aspect du donné corporel: le dialogue unique (39, 53, 86), les réseaux d'énergie (75, 149), le vécu émotionnel (3, 81), etc.

Précisons maintenant les spécificités de l'*expression corporelle*, qui partage avec les autres méthodes les cinq caractéristiques de base mentionnées. Cette approche est appelée de façon significative, dans les pays anglo-saxons, «dance-therapy»: c'est dire qu'elle tire son origine de la danse: les précurseurs comme SCHOOP, WHITEHOUSE ou CHASE ne sont arrivés à la thérapie qu'après une carrière de danseurs. La danse, avant d'être une «technique», est un art, un moyen d'expression populaire essentiel à l'homme depuis des millénaires. «La danse est un langage vivant qui parle de l'homme» (48). Elle peut être considérée comme un «... symbole de l'acte de vivre». (53) Elle porte le sens du jeu, de la fête et des rites sacrés. Elle est déjà en elle-même et en dehors de toute connotation thérapeutique, le lieu d'une synthèse touchant l'homme dans ses aspirations essentielles. La nomenclature francophone parle plutôt de psychomotricité: malgré l'absence de trait d'union, ce terme rappelle le vieux dualisme. C'est pourquoi je lui préférerai le terme d'expression corporelle.

Une définition est difficile à donner, vu le peu de systématisation existant pour cette, ou plutôt ces méthodes, et je crois que cela est heureux. J.L. ARLETON, directeur du Santa Barbara Psychiatric Medical Group (Californie) affirmait en parlant aux danse-thérapeutes américains: «Ce que la dance-therapy est réellement, c'est ce que vous êtes, vous, maintenant, en tant que groupe et individuellement en tant que thérapeutes». (50) Ceci n'est pas une boutade, mais donne un certain éclairage. Il est repris par M. BERGER (42) M. DYER-BENNET qui insiste sur la nécessité d'un bagage de connaissances, mais qui ne devienne pas systématisé: «Systématiser une technique thérapeutique, c'est prendre une position statique, sécurisante, dans laquelle on "encourage" un autre humain (en général instable) à introduire le changement dans sa vie. Les patients ont besoin de trouver une stabilité auprès de nous, mais sans être "conditionnés". Je pense que nous devons offrir la solidité de notre vue philosophique plutôt que d'établir des techniques.» (58)

C'est cette inspiration centrale d'une «technique ouverte» — tant sur le plan de la thérapie que sur celui du thérapeute — qui devrait permettre une appréhension plus globale de la personne du patient. C'est elle également qui favorise une adaptation de la méthode en cours de thérapie, selon les besoins (60). Elle conduit aussi à certaines orientations plus spécifiques suivant les thérapeutes: inspiration analytique (44, 84, 98), «body-ego-technique» (90), développement de l'image de soi (FELDENKRAIS) (61), «effort-shape» technique (72, 79, 106), développement des contrastes (73), l'approche de DROPSY (66) de T. SCHOOP (95), etc. Malgré cette «ouverture» et ces différentes approches, l'expression corporelle garde une unité certaine dans la méthodologie qui peut être résumée par les points suivants:

* l'expression corporelle utilise le *mouvement* comme élément de base.

« Le mouvement est le moyen de communication en danse-thérapie de la même façon que les mots sont le moyen de communication en thérapie verbale. » (94) « (Il) est le moyen premier permettant de montrer que nous sommes vivants (aliveness), il est le flot d'énergie qui coule en nous... Notre mouvement, c'est notre comportement : il y a un lien direct entre ce que nous sommes et la façon dont nous bougeons. » (107)

* l'expression corporelle utilise un processus de *développement*, partant de la réalité présente.

En expression corporelle, on partira toujours du niveau physique et émotionnel du patient, lui donnant les moyens de prendre conscience de cet état par l'expérimentation (réceptivité) et n'offrant que secondairement les moyens d'élargir cette expérience. Il ne s'agit donc pas d'un apprentissage ou d'un entraînement, mais d'une exploration de ses possibilités présentes, base des expériences ultérieures. (102)

« Quand je travaille avec mes patients, ... je n'établis pas de normes. Je ne suis intéressée que par l'individu s'explorant lui-même, dans son identité physique première. Il pourra renouveler son développement initial sans interférence... il devra être libre de faire ses propres investigations, aussi hésitantes soient-elles. » (96)

* l'expression corporelle insiste, comme son nom l'indique, sur l'*expression*, par quelque moyen que ce soit. Elle insiste également sur la *perception* en réceptivité.

Elle met en jeu les facultés de sentir, d'imaginer, de faire, dans le cadre du mouvement, cherchant à ce que tout vécu soit habité et jamais « exécuté mécaniquement » (on ne fera jamais des « exercices », on ne montrera jamais « comment » faire un mouvement, ...).

« ... j'ai remarqué que plus la sensation du mouvement pouvait être perçue par la personne qui le faisait, plus ce mouvement devenait expressif et clair (107). Ici, nous ne faisons jamais de répétition mécanique d'un mouvement. Forcer un corps à agir à l'encontre de ses réflexes inconscients ne sert à rien, rien de durable. » (45).

* l'expression corporelle utilise de façon privilégiée l'expérience de la *relation*.

Tant dans les thérapies individuelles que dans celles de groupe, la méthode vise un contact avec toute la réalité, à travers la relation au sens large.

« La dance-therapy, en utilisant une forme première de communication offre à l'individu la possibilité d'entrer en relation avec l'environnement ou avec les autres, alors qu'il semble en être coupé par la forme même de sa maladie. » (51)

« Le fait d'une énergie bâtie en commun, de l'impression que tous partagent une même lutte, le sentiment mutuel de donner et recevoir, ceci fait (que le groupe) offre une expérience plus satisfaisante, un développement plus épanouissant. » (107)

L'énoncé de ces points résulte d'une part de l'expérience de ceux qui pratiquent la thérapie par l'expression corporelle et d'autre part des éléments que nous apporte la recherche clinique dans ce domaine.

Voici les lignes générales de cette recherche :

Sur le plan de la méthode d'investigation tout d'abord, et malgré de nombreuses tentatives avec les tests standardisés (Rorschach, Body-Cathexis questionnaire, D.A.P... [80, 54]), il semble primordial de considérer les effets subjectifs du traitement comme aussi significatifs que les effets objectifs, bien qu'ils soient plus difficiles à évaluer. (54, 43b)

Dans des recherches comprenant plusieurs méthodes d'évaluation (objectives et subjectives), c'est le type de résultats fourni par l'évaluation d'un observateur clinicien « indépendant » — c'est-à-dire totalement étranger à la recherche — qui semble le plus valable. (80)

Une évaluation subjective des domaines de changement survenus en cours de thérapie, pratiquée parallèlement par patients et thérapeutes, apporte également des informations très intéressantes. (71)

Tous les chercheurs insistent sur la nécessité de groupes de contrôle, qui n'ont encore été très peu utilisés dans ce domaine. (54, 82).

Sur le plan du cadre thérapeutique — hospitalier ou ambulatoire — les thérapies se pratiquent, tant en groupe qu'individuellement, (102, 59) avec des résultats bénéfiques. La plupart des auteurs insistent cependant sur les avantages du groupe, bien que la reconnaissance du patient en tant qu'individu soit un des aspects les plus importants de la thérapie (43b): « Le groupe est un milieu plus sûr, favorisant la prise de risques individuels et où le pouvoir du thérapeute est en quelque sorte diminué. » (49)

Le groupe le plus favorable en expression corporelle serait un groupe relativement homogène (43b) et fermé (91) d'une dizaine de patients. Il est cependant tout à fait possible de travailler avec des groupes ouverts, même très larges (89) et hétérogènes, mais avec des objectifs thérapeutiques différents, touchant plus à la mobilisation au sens large.

Les durées de prise en charge sont très variables: on peut objectiver des changements positifs survenant déjà après une seule séance. (82) Bien sûr, les durées plus longues — pouvant aller jusqu'à plusieurs années pour les patients chroniques — déterminées essentiellement par la pathologie et les objectifs thérapeutiques, amènent des résultats plus importants.

Le type de patients pouvant bénéficier de ce genre d'approche est très large: des recherches ont été faites aussi bien dans le traitement de problèmes évolutifs (59) que chez les patients psychotiques totalement régressés. (80, 85)

Les situations de crise (43b) comme les problèmes chroniques peuvent être abordés.

Des groupes aussi bien gériatriques que s'occupant d'adolescents ont été entrepris.

La notion de diagnostic intervient donc peu dans l'indication globale d'une prise en charge de type corporel, mais beaucoup plus dans le mode de cette prise en charge : individuel — groupe — insight-oriented — mobilisation... (49) Les caractéristiques individuelles (besoins, intérêt, motivations à participer, etc.) sont primordiales dans le choix de ce mode. (92, 49) Les contre-indications dépendent essentiellement du type de prise en charge envisagée. (92)

Celle-ci peut avoir des objectifs variés, allant d'une mobilisation primaire (prédominance de l'aspect psychomoteur) à un travail psychothérapeutique élaboré en profondeur, chez des adultes sains. (52)

Les résultats montrent des améliorations sur des plans très divers : stimulation à une mobilisation physique, possibilité de prise de conscience des tensions et possibilité de relaxation, amélioration des possibilités de contacts et de communications, des possibilités d'initiative, de choix et d'implication, de créativité dans la résolution des problèmes ; meilleure possibilité d'expression des émotions et sentiments, notamment le plaisir, possibilité de prise de conscience des attitudes corporelles inconscientes et de leur signification ; amélioration du rapport à soi-même, quant aux besoins et aux affects, renforcement des possibilités d'indépendance et d'auto-acceptation (identité) (82, 71, 59, 55, 104). De nombreux travaux et études de cas démontrent ces évolutions pour des types de pathologie très différents. (100, 85, 57, 101).

Enfin, l'intrication constante du « regard » corporel et de « l'écoute » verbale au cours de ces thérapies — qui, sans aucun doute, en accroît les bénéfices (41) — nous ramène à une vue globale de la personne où l'interaction patient-thérapeute se trouve au premier plan. (103, 95)

Le sens du processus thérapeutique envisagé en expression corporelle est réellement : l'utilisation du mouvement dans l'intégration de toute la personne. (38)

Il dépasse le concept restrictif de maladie « mentale » qui véhicule la notion d'une non-implication de l'être global dans la maladie : « Je n'ai pas vu un individu souffrant de maladie mentale pendant toutes mes années de pratique en tant que psychiatre. Les patients névrotiques ou psychotiques que j'ai traités étaient tous des personnes perturbées émotionnellement (77). (Or), les forces qui engendrent les problèmes émotionnels opèrent autant sur le corps que sur le mental. »

Ceci est peut-être encore plus vrai chez la personne âgée, où l'intrication des données physiques, mentales, émotionnelles du vieillissement est évidente. C'est ce domaine que nous allons maintenant aborder sur le plan théorique.

II. LA PERSONNE ÂGÉE

Le groupe faisant l'objet de la présente recherche est constitué de personnes âgées. Ce n'est pas un hasard. Je crois en effet que la population gériatrique est l'exemple même d'une population réclamant, sur le plan thérapeutique, une approche de la personne globale. C'est elle également qui, quelle que soit la pathologie motivant la demande thérapeutique, formule le plus souvent elle-ci sur le mode de plaintes «corporelles». Je vais développer ces deux points dans un premier temps. Je présenterai ensuite brièvement les quelques recherches touchant les approches corporelles qui s'adressent à la personne âgée.

Comme de nombreux auteurs l'ont souligné, le vieillissement est avant tout caractérisé par un ensemble de *pertes*: pertes sur le plan affectif, social, physique et mental (114, 131b).

La conséquence fondamentale de ces pertes successives, surtout lorsqu'elles surviennent à une cadence trop rapide et ne peuvent donc être métabolisées, est une perte supplémentaire essentielle: la perte de l'*estime de soi*.

En effet, ces pertes non intégrées signalent une perte croissante du *contrôle* sur l'*environnement*, perte des possibilités d'impact ou d'efficacité sur celui-ci. Exprimé autrement, elles cristallisent la perte des compétences. (131b, 112). Le terme d'environnement, utilisé ici au sens large, définit aussi bien l'environnement externe qu'«interne» à l'individu.

Ce sentiment d'être désarmé, impuissant (110) à réagir ou à affronter la réalité, souvent mêlé à un sentiment d'inutilité, engendre la perte de l'estime de soi.

Il engendre également un rétrécissement de l'«espace de vie» de la personne âgée qui surinvestit alors ce qui reste à sa portée la plus immédiate: les objets (114), la famille et surtout le *corps*. Celui-ci est souvent l'objet principal des plaintes et des demandes du patient gériatrique qui formule le plus fréquemment la demande d'aide thérapeutique en «offrant» des troubles d'allure somatique. (123).

Dans une optique plus psychodynamique, on pourrait dire que les pertes d'objets multiples et le sentiment d'impuissance amènent une réorganisation bidimensionnelle dont le corps serait un point de focalisation central. (132)

Les interdépendances entre relation au milieu, estime de soi et relation au corps rendent plus évidente la nécessité de tenir compte de tous ces éléments pour aborder le traitement de la pathologie gériatrique, qu'elle soit d'expression somatique ou psychiatrique. Le patient gériatrique ne fait du reste que peu de différence entre psychologique et somatique. Il adresse une demande le plus

souvent *globale* — bien que formulée sur le mode somatique — dans laquelle la qualité affective du contact avec le thérapeute est également incluse. (123)

La recherche en gériatrie influence grandement les vues thérapeutiques. (136) Elle devient de plus en plus précautionneuse dans ses affirmations, notamment dans le domaine des conséquences, tant mentales que somatiques, du vieillissement. Ce qui paraissait des plus évident, comme le phénomène du ralentissement (115) ou du déclin de l'intelligence (135) avec l'âge, est de plus en plus remis en question.

Elle décrit la réversibilité d'une pathologie qu'on croyait « physiologique » pour l'âge. (135) Cette recherche s'intéresse de plus en plus aux côtés positifs, aux améliorations que peut amener la vieillesse, plutôt que de ne voir que les pertes ou les diminutions. (135) Certains suggèrent, par exemple, que la personne âgée est plus consciente de son corps « interne », qu'elle est plus sensible à ses fonctions corporelles et plus apte à les contrôler. (129).

La recherche met également en évidence la nature de *processus* du vieillissement, donc acte dynamique en opposition à une attente passive (114), qui débouche sur la notion de *mobilité*.

Mobilité tant psychologique que physique, critères de base sur le plan thérapeutique. En effet, la « restriction de mobilité » est le premier facteur envisagé par la personne âgée pour juger de son état de santé. (133)

Sans du tout prétendre supprimer le vieillissement, la recherche suggère des approches permettant une *prévention* efficace (119, 134, 126) et une thérapeutique appropriée. Ces approches se proposent comme premier objectif une amélioration de la *qualité de la vie* (119, 131), plutôt que des performances thérapeutiques.

Elles visent — que ce soit par l'élargissement des indications de psychothérapies, (113) par les techniques de mobilisation ou même par la chirurgie orthopédique — à rétablir une possibilité de contrôle et donc d'*autonomie* (134, 111) ou d'*indépendance*, (116) permettant à la personne âgée de vivre au maximum ses potentialités et de bannir ainsi la notion d'être « en surplus ». (119)

Même si les gains obtenus sont limités, en améliorant les possibilités de relation à l'environnement et à soi-même, on permet souvent à la personne âgée de conserver ou de retrouver une estime de soi satisfaisante. (131b)

« Qualité de la vie, terme imprécis s'il en est, qui finalement nous mène à l'idée d'un regard positif sur soi-même, à une "estime de soi" (...).

(...) l'aménagement de l'environnement de la personne âgée doit viser non seulement à améliorer le stress, à minimiser les effets des pertes, à compenser les déficits, mais doit le faire en renforçant l'efficacité individuelle, en stimulant les compétences, aidant ainsi à maintenir une bonne estime de soi ». (131)

Ces visées thérapeutiques ne peuvent se concevoir que dans le cadre d'une relation de la personne totale à son milieu. (134, 112).

C'est dans ce cadre que s'inscrivent les approches corporelles — et notamment l'expression corporelle — qui semblent être pleinement indiquées chez la personne âgée. (111)

L'homme, et plus spécialement encore la personne âgée, a besoin d'exercice physique. (127) DE VRIES (117) a pu montrer que, chez la personne âgée, quinze minutes de marche à une fréquence cardiaque de 100/min. avait un meilleur effet tranquillisant que 400 mg. de Méprobamate ou de placebo, et ceci sans aucun effet secondaire indésirable. A partir de recherches similaires, de très nombreux programmes se développent, visant à promouvoir des activités comme la gymnastique pour personnes âgées. (128, 118)

D'un autre côté, des techniques comme l'expression corporelle, tout en englobant cette vue, développent d'autres aspects de l'approche corporelle.* (130)

E.D. GARNET (121, 122), danse-thérapeute américain qui travaille depuis plus de 20 ans avec une population gériatrique, insiste sur les points suivants:

Il s'agit en premier lieu de motiver la personne âgée à « bouger », en lui permettant de passer d'une expérience du mouvement « douloureux » à une expérience du mouvement « source de plaisir ». Les objectifs, chez la personne âgée plus que chez toute autre, sont étroitement liés, et les effets thérapeutiques sur la sphère physique, mentale et sociale sont indissociables. (121, 124, 125) Ils devraient permettre au patient âgé de répondre constamment à deux questions :

« *qui suis-je ?* » : de quoi suis-je fait ? à quoi suis-je sensible ? (sons, rythmes, etc.); à quoi suis-je bon ? (dans l'expression de sentiments...); dans quel domaine ai-je des difficultés ? (coordination, équilibre...); est-ce que j'aime être entouré ou solitaire ? etc.

= expression de la *réalité* personnelle *durable*.

« *comment suis-je ?* » : comment est-ce que je me sens ? je suis en colère contre X, je n'ose pas le manifester, je me sens tendu, j'ai mal à ma hanche, je m'ennuie, etc.

= expression de la *réalité* personnelle *immédiate*.

Le rôle du thérapeute est de proposer des situations adaptées à la personne âgée, permettant d'expérimenter et de prendre conscience de ces différents points (rôle de catalyseur).

* cf. Chap. A II

Ce qui différencie ce cadre de celui de la gymnastique peut être très schématiquement décrit par ces trois types d'approche :

- **objective instrumentale :** le corps et le muscle sont utilisés en tant qu'instrument. « bouger et
Le but est de donner une habileté (skill) bouger »
- **objective expressive :** le corps et le mouvement sont envisagés comme source de sentiments (affects) « bouger et
Le but est de permettre une expérience sentir »
- **subjective expressive :** Le corps et le mouvement sont envisagés comme lieu d'expression de sentiments. « sentir et
Le but est de permettre une création expressive bouger »

La première approche correspondrait à la gymnastique et les deux autres à l'expression corporelle. Ces caractéristiques n'indiquent aucunement une hiérarchie de valeurs, mais des objectifs différents. De fait, ces « moments » sont plus ou moins confondus selon les approches et les thérapeutes : en expression corporelle, on évite cependant le plus possible la première approche, insistant surtout sur la deuxième avec la personne âgée, touchant parfois la troisième. (122)

En ce qui concerne le rôle du thérapeute, il faut encore préciser ceci : la thérapie par l'expression corporelle, s'adressant à des personnes âgées, ne doit pas aboutir pour des motifs contre-transférentiels à une thérapie de « réassurance ». La réalité de la mort, comme « échéance » proche, module constamment tous les paramètres corporels que l'on peut observer ou aborder. Il faut accepter de travailler avec un temps et un espace qui ne sont pas notre temps et notre espace, des sensations qui ne sont pas les nôtres, un mouvement qui n'est pas le nôtre.

Le corps de la personne âgée n'est pas un corps « vieilli » à « rajeunir ».

Il est un « corps » à découvrir dans sa réalité, son environnement et ses possibilités présentes.

En permettant la prise de conscience des possibilités corporelles — spatiales, rythmiques, sensorielles, etc. — plutôt que des pertes, en les élargissant parfois par l'expérience du mouvement comme source de plaisir et non d'anxiété, en permettant une redécouverte de l'action et de la création, une expression des sentiments et des émotions dans le cadre de la relation à l'autre, le travail corporel permet à la personne âgée une redécouverte de ses possibilités réelles. Possibilités d'une relation à l'environnement avec ses conséquences sur l'estime de soi ; possibilité d'une amélioration de la mobilité tant physique que psychologique. (121, 124, 125).

Bien sûr, l'approche corporelle n'est pas une panacée, elle ne résout pas « mieux » qu'une autre approche les problèmes du vieillissement.

Le corps de la personne âgée demeure parfois le lieu d'expression de la douleur, de la perte sexuelle (120) ou de la maladie chronique, mais par l'expérience parallèle du corps en tant que source de plaisir et de possibilités oubliées, l'investissement dont il est l'objet peut être nuancé avec les conséquences que cela suppose. Conséquences d'une approche globale se manifestant également à un niveau global. (112, 125)

B. LA RECHERCHE

Comme remarque préliminaire, il me faut préciser que tout au long de ce chapitre, je vais utiliser une méthode d'analyse essayant de déterminer les « éléments constitutifs » d'une personne globale. Ceci pourrait sembler contradictoire avec les propos qui précèdent. Il n'en est rien. On me comprendrait mal en disant que je rejette l'analyse. Elle est indispensable à toute recherche approfondie; ce qui me semble, par contre, aussi indispensable, c'est de réintégrer les éléments à leur cadre originaire, une fois l'analyse achevée. Mieux, c'est de constamment accepter la contrainte de ce va et vient entre le tout et la partie, de même que celle du « dialogue » entre les parties. On ne peut parler de la relation du corps à l'espace si on ne connaît pas l'espace mental dans lequel évolue le sujet : « sa largeur d'esprit » ! De même si on ne connaît pas les dimensions de son logement, ou les déformations arthrosiques de sa colonne qui l'empêchent de regarder autre chose que le sol devant lui !

C'est cette même optique qui m'a motivé à éviter des évaluations par trop quantitatives. Il est très difficile de quantifier le « mieux-être », à fortiori l'ouverture à plus de globalité. Ce que l'on peut faire, par contre, c'est déceler un changement qualitatif, c'est mettre en évidence des *mouvements* : éclosion de potentialités atrophiques, mouvement vers un isolement, meilleure possibilité d'expression émotionnelle, etc.

Mais encore une fois, ceci ne sera valable que si l'on considère l'ensemble du « phénomène ».

I. LE GROUPE

Un groupe de patients, suivis ambulairement par le Centre de Gériatrie (Genève) a été constitué. Ce centre prend en charge des patients gériatriques présentant une pathologie à prédominance psychiatrique.

Une première sélection a été effectuée par les médecins traitants en fonction des critères suivants: les patients devaient être suivis au Centre de Gériatrie (ambulatoire), ne pas bénéficier de prise en charge intensive simultanée (psychothérapie, foyer de jour, relaxation, hypnose, ...), et ne pas présenter de détérioration mentale dépassant le stade I (discrets troubles de la mémoire de fixation, légère dyspraxie constructive graphique). Une douzaine de patients ont ainsi été sélectionnés.

Ces patients ont ensuite reçu une invitation écrite, à entête du Centre de Gériatrie, leur proposant de participer à un groupe thérapeutique de « mouvement et expression corporelle ». Un formulaire d'inscription était joint. Cette deuxième sélection basée sur l'adhésion volontaire a permis de former un groupe de 10 patients, dont deux n'ont participé qu'aux deux premières séances. (Motif: éloignement entre lieux des sessions et domicile, et déménagement dans une autre ville de Suisse).

Les huit patients restant (8 femmes) ont constitué le groupe-test (groupe fermé). Trois étaient mariées, quatre veuves et une célibataire. L'âge moyen était de 74 ans (3 entre 65 et 70 ans, 3 entre 71 et 76 ans, 2 entre 81 et 85 ans). Le niveau intellectuel était moyen (aucune n'avait effectué d'études secondaires ou universitaires). Les diagnostics posés par les médecins traitants étaient les suivants: délire interprétatif avec plaintes hypochondriaques, état dépressif réactionnel (1 avec tendances projectives), dépression endogène, alcoolisme chronique, névrose d'angoisse, état anxieux avec phobie d'impulsion et état anxieux simple. Trois patients avaient déjà effectué un ou plusieurs séjours en milieu psychiatrique.

Sur le plan somatique, on peut retenir: deux coxarthroses avancées et une opérée, une obésité et des troubles d'origine éthylique. Les patients se sont toujours rendus de façon autonome au lieu des séances (excepté une patiente). La participation au groupe a été de 89 % (motif d'absence: étourdissement, visite de la famille ou chez le médecin, vacances). Deux patientes n'ont manqué aucune des séances (45 séances).

Huit patients ont d'autre part été sélectionnés sur des critères identiques au groupe-test pour former un groupe-contrôle en vue de l'évaluation subjective par auto-appréciation. Les caractéristiques de ce groupe-contrôle (état civil, âge, niveau, diagnostics) sont superposables à celles du groupe-test. Ces patients n'ont bénéficié d'aucune thérapie corporelle au cours de la période test. Ils ont poursuivi leur prise en charge habituelle au Centre de Gériatrie comme les patients du groupe-test.

II. LA THÉRAPIE

Celle-ci a été pratiquée sur le modèle de la thérapie par l'expression corporelle, c'est-à-dire en insistant sur les notions de mouvement, de développement, d'expression et de relation (cf. A II).

Elle s'est déroulée sur une période de six mois à raison de deux séances de soixante minutes par semaine. Le groupe a toujours été animé par le même thérapeute.

Chaque séance a été organisée de façon classique, c'est-à-dire comprenant un thème général développé à travers un échauffement, une partie de prise de conscience du corps, une partie plus centrée sur l'expression et une conclusion.

Ce modèle, très souple, a constamment été adapté aux besoins. Les différentes parties ont souvent été englobées les unes dans les autres. Le thème général, par exemple, s'est dégagé soit dès les premières minutes de chaque séance, donc centré sur les besoins immédiats des patients, soit a été établi en fonction des séances précédentes et des mouvements qui se dessinaient sur le plan individuel ou du groupe. Des temps de verbalisation au sujet du vécu se sont déroulés de façon spontanée. L'utilisation de moyens intermédiaires, comme la musique ou les objets, a été épisodique.

III. MÉTHODES D'ÉVALUATION

Il s'agit donc d'évaluer une thérapie par l'expression corporelle dans le cadre du concept de globalité. La méthode utilisée, à quelques modifications près, peut s'appliquer à n'importe quel type de population.

Certaines des recherches cliniques effectuées jusqu'à ce jour ont parfois donné des résultats peu satisfaisants, par manque d'un modèle de référence, aussi large soit-il.

La première question à résoudre était donc : pourrait-on bâtir un modèle simple dans le cadre du concept de globalité, qui nous permette de rendre compte de la dynamique élémentaire d'un individu et donc d'appréhender les éléments principaux, « constituant » sa globalité ? C'est ce que je décrirai dans le paragraphe a) comme *Modèle dynamique élémentaire*.

A partir de ce modèle simple, de cette sorte de « colonne vertébrale », j'ai essayé de concevoir deux instruments d'investigation objective du travail thérapeutique effectué : (cf. fig. 2)

- une grille d'évaluation *phénoménologique* ou, si l'on préfère, du niveau observable directement par l'approche de l'expression corporelle. C'est la partie la plus importante : elle sera décrite au paragraphe b)

- une *grille d'évaluation subjective* ou, plus précisément, du niveau révélé par les réponses à un questionnaire de type auto-observation et auto-appréciation (donc traduisant autant des caractéristiques de la personnalité, du comportement, du mode de vie ou de la pensée, etc.). Elle sera décrite au paragraphe c).

Il est clair qu'en termes de « langage » on interroge de façon privilégiée, dans le premier cas un langage corporel et dans le deuxième un langage verbal. Mais il est évident que ces deux types de langage ne peuvent être séparés arbitrairement et qu'ils sont également présents dans les deux types d'évaluation.

Combien de fois, dans le langage verbal, ne fait-on appel à des images corporelles (être au pied de, se tordre de rire, avoir le souffle coupé ou l'estomac noué), ou dans l'expression du vécu corporel ne fait-on intervenir des messages verbaux (notamment les questions de limite du corps, de contenant et de contenu : je suis hors de moi, je me sens mal dans ma peau) ?

Je ferai part enfin de mon évaluation purement subjective quant au vécu et aux résultats thérapeutiques proprement dits.

a) Modèle dynamique élémentaire :

Afin de déterminer un modèle dynamique simple explicitant le concept de globalité, il m'a semblé important de partir des « critères populaires » de globalité. C'est pourquoi j'ai effectué un bref sondage sur un groupe d'une cinquantaine de personnes prises au hasard (âge - sexe - profession - situation affective - niveau intellectuel - conception de la vie - ... très différents) en leur posant une seule question et en leur demandant d'y répondre par écrit sous forme d'une liste, la plus exhaustive possible. La question était : « Vous connaissez certainement une ou plusieurs personnes que vous qualifieriez de "globale" ou "unifiée" ("équilibrée" était ajouté si nécessaire). Quelle description en donneriez-vous ? Quelles sont les caractéristiques de sa personnalité qui vous frappent ? »

J'ai obtenu ainsi une grande quantité de caractéristiques que j'ai pu regrouper en neuf thèmes majeurs qui donnent une sorte de portrait-robot « a minima » de la personne globale.

Il s'agit d'un être qui se situe et se meut dans *trois dimensions* — l'espace, le temps et l'énergie — qui s'occupe de *trois relations* — au milieu, à l'autre et à lui-même — et ceci par trois *types d'« actions »* — l'agir, le sentir et le penser.

Il s'avère d'ores et déjà évident que les frontières entre ces différents paramètres sont floues et que certaines caractéristiques obtenues peuvent être

classées valablement dans plusieurs catégories. Ces neuf thèmes ne sont d'autre part pas exhaustifs, mais semblent permettre de recouvrir la totalité des caractéristiques décrites.

Voyons maintenant comment ce modèle peut s'articuler de manière *dynamique* à partir des neuf éléments de base ainsi déterminés. Il me semble important de pouvoir le visualiser graphiquement (fig. 3).

L'homme « global » pourrait être décrit comme un homme constamment soumis à trois types de relations qu'il peut moduler, accepter ou refuser temporairement : une relation *à son milieu* — tant physique qu'objectal — une relation *à l'autre* — duelle ou groupale — une relation *à lui-même*. Le cercle central représenté dans la fig. 3 montre cet « état de relation » situé à la convergence des axes dimensionnels. Il peut se modifier donc intérieurement, privilégiant tel ou tel type de relation : ce sont les trois premiers « mouvements » possibles.

Cet être, « constitué » de trois relations, se situe dans trois dimensions : le *temps* tout d'abord, sur l'axe duquel il se déplace inévitablement. Il passe ainsi de ce qu'il était à ce qu'il devient. Le cercle central montre le moment présent, toujours fugace, traçant l'histoire individuelle. Mais le temps, au sens large, permet d'aborder d'autres aspects tels que les rythmes (dont nous reparlerons), et qui influent aussi sur notre être relationnel.

Il se situe également dans un *espace* définissant une provenance et dessinant un horizon : au point de convergence avec le temps, on a l'« ici et maintenant ».

Quant à l'*énergie* et à son « niveau », on comprend intuitivement ce qu'elle représente ; elle sera décrite plus en détail ultérieurement. Pour le moment, situons-la comme un « niveau tonique » simplement. Bien sûr, ces deux dernières dimensions modulent aussi constamment la relation ; elles définissent trois autres mouvements possibles.

Ceux-ci, tant dans le temps que dans l'espace ou le niveau d'énergie, sont engendrés par trois types d'« actions » : une activité *sensitive* — tant dans la réceptivité que l'émissivité — lieu des sensations, des émotions, de l'affectivité ; une activité plus spécifiquement *mentale*, lieu de la pensée et de la réflexion, et une actualisation dans le mouvement de ces deux premiers niveaux, c'est le lieu de l'*action* proprement dite.

Ces trois nouveaux mouvements sont à l'origine des « changements » survenant sur notre modèle, tant au niveau des dimensions que des relations. Ils font de l'être global un être en devenir, ce qui le différencie essentiellement, avec le pas de la réflexion, de l'animal : pouvoir anticiper et se demander : « qu'est-ce que je vais devenir » ?

Voici ainsi brièvement présenté ce qui pourrait être l'image dynamique

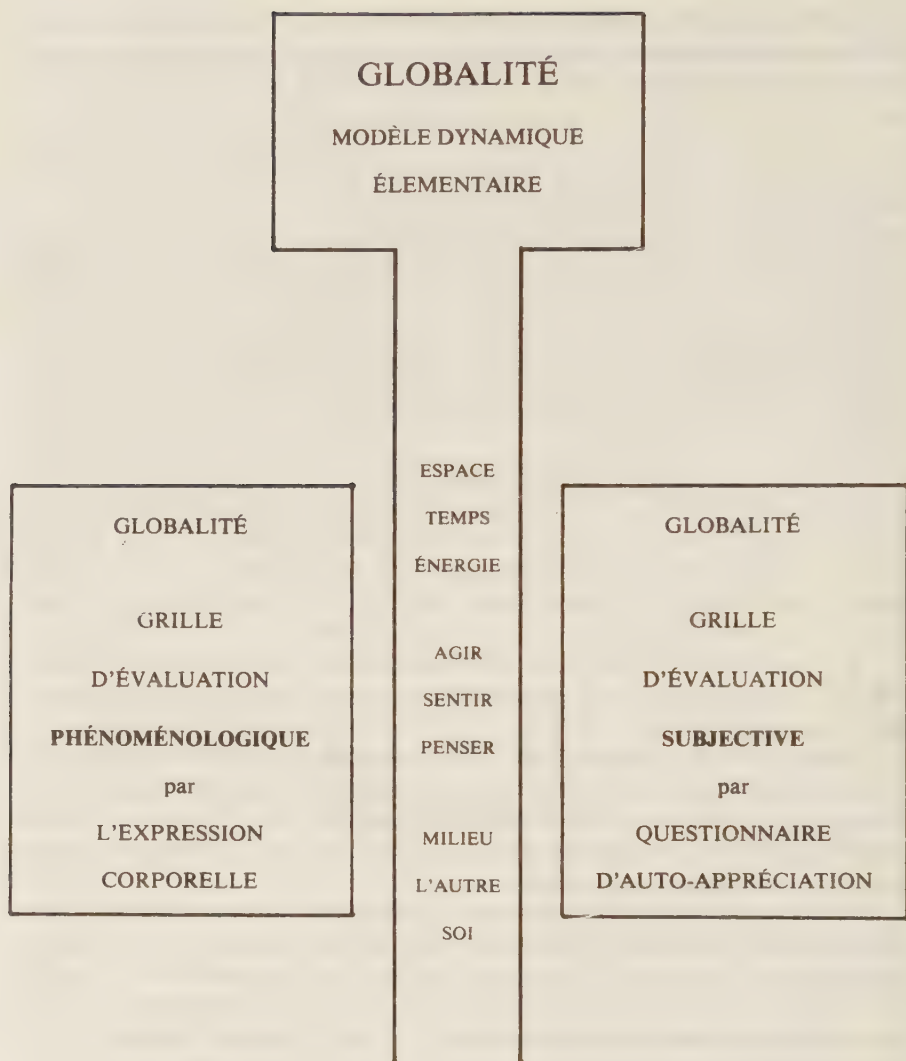


Figure 2

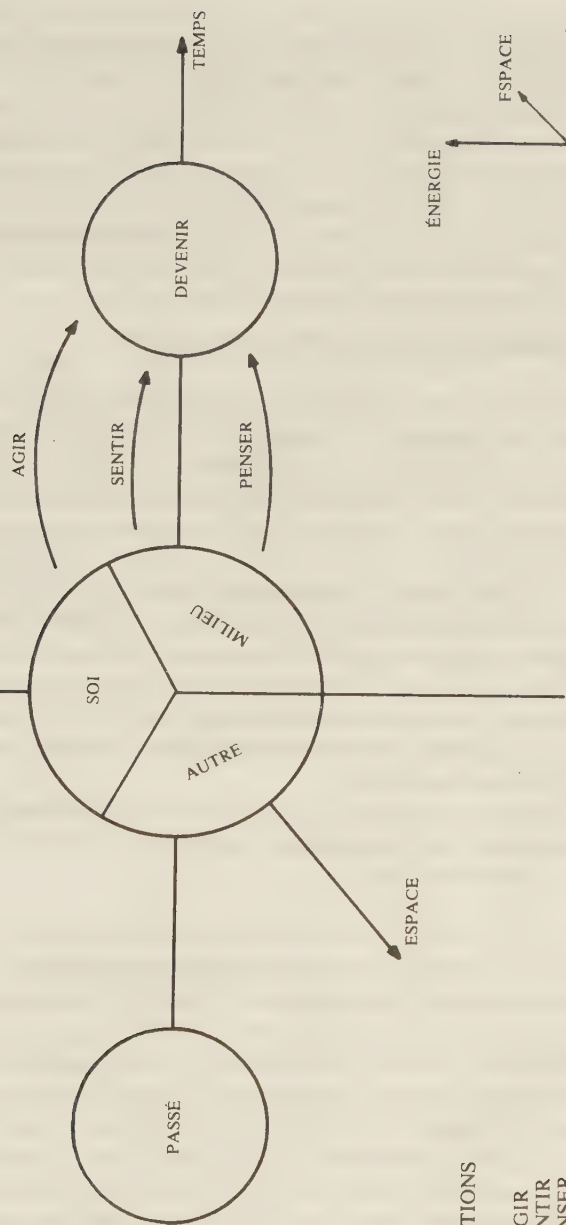
3 DIMENSIONS

ESPACE
TEMPS
ÉNERGIE

ÉNERGIE

3 RELATIONS

MILIEU
L'AUTRE
SOI



3 ACTIONS

AGIR
SENTIR
PENSER

Figure 3

de cet idéal «homme global»! Heureusement, il ne peut être simplement enfermé dans un modèle aussi mécanique et sommaire. Le jeu des inter-relations, de même que l'étendue des mouvements possibles ne sont qu'ébauchés ici. Tout individu demeure, par son originalité et sa richesse propre, au-delà de toute description analytique. Ce modèle garde l'avantage de nous présenter une vue simple de l'homme et de l'essentiel qui l'anime, ceci dans un mouvement évolutif, utilisable cliniquement. Il nous faut maintenant aller plus avant, et tout en gardant constamment à l'esprit le mouvement global de ce que nous allons analyser, passer à l'étude du premier moyen d'investigation clinique: la grille d'évaluation phénoménologique.

b) La grille d'évaluation phénoménologique :

Ce paragraphe paraîtra très technique au premier abord. En fait, il met en évidence des éléments très simples de notre vie quotidienne, auxquels nous ne prêtons souvent que peu d'attention.

Chacun des neuf éléments du modèle dynamique qui vient d'être décrit va être détaillé dans l'optique d'une évaluation de la thérapie par l'expression corporelle.

Six à huit «lieux» d'observation seront ainsi déterminés pour chacun des neuf éléments (espace, temps, énergie, ...). L'ensemble de ces soixante points juxtaposés constitue la grille d'évaluation phénoménologique proprement dite.

Utilisée ici pour l'évaluation du travail en expression corporelle, cette grille pourra plus généralement être utilisée pour l'évaluation de toute thérapie visant une approche phénoménologique de l'homme, notamment les approches corporelles au sens large.

Il restera à déterminer, par des études ultérieures, si cette grille destinée à l'évaluation dans un premier temps, pourra servir de base méthodologique pour ce type de thérapie.

Ce n'est pas le but de ce travail de détailler sur le plan théorique, en vue d'une observation clinique, les neuf éléments analysés ici. C'est pourquoi je ne m'étendrai pas sur la description de ceux-ci: je ne donnerai que quelques précisions et remarques (notamment sur le plan du vocabulaire) nécessaires à la compréhension de la formulation employée, ainsi qu'une liste sommaire de références sur le sujet (qui s'ajoute à celle du chapitre A II). Pour chaque élément, je donnerai le plan guidant l'évaluation et l'évaluation proprement dite.

Il est inutile de préciser, d'autre part, que la soixantaine de points définis par cette grille n'aborde pas tout ce qu'il est possible d'aborder sur le sujet. Je crois cependant ne pas avoir omis de points majeurs sur le plan clinique. Souvent, dépassant le strict cadre de l'observation, il faudra la vue et l'écoute, c'est-à-dire les précisions verbales du patient, pour mieux percevoir son vécu.

Bien que non spécifié pour chaque élément, il est clair que les notions de sexe, d'âge, de provenance et de milieu culturel doivent demeurer constamment présentes à l'esprit en tant qu'agents déterminants ou modulateurs des paramètres étudiés. Avant cette évaluation, un bilan de l'état neurologique et articulaire doit également être pratiqué.

Il est enfin intéressant de remarquer, toujours dans ce contexte d'une vue globale des choses, les chevauchements qui peuvent exister entre certains points de la grille — et qui montrent bien ce que ce « découpage » a d'arbitraire. Ils ne sont pas une redite, mais précisent, complètent la vue d'un aspect par différents éclairages. Au fur et à mesure que l'on avance dans l'évaluation des points les plus simples (les dimensions) vers les points de plus grande complexité (les relations), on va, je crois, vers un plus haut niveau d'intégration (corporel, psychique, affectif, ...). Un certain niveau d'intégration est cependant indispensable, dès les premiers points envisagés.*

C'est ce facteur de « complexité croissante » qui laisserait supposer qu'il n'est pas indifférent, sur le plan thérapeutique, de commencer par l'un ou l'autre des éléments.

Les différents points décrits sont un peu comme les touches d'un piano. Ils donnent une possibilité infinie de combinaison, permettant les « mélodies » les plus variées. C'est cette « mélodie » que nous essayons de percevoir ici.

* Niveau d'intégration est entendu ici dans le sens de l'intégration de plusieurs données (corporelle, affective, etc.)

A. ESPACE

Dans l'évaluation des trois premiers éléments, les trois « dimensions », nous tâcherons de distinguer une faculté de *perception* (prise de conscience) et une faculté de *modulation* (utilisation différentielle). Percevoir de façon consciente ce qui se « passe » dans une situation donnée et voir si cet état peut être l'objet d'une variation, d'une modulation. La chronologie de ces démarches peut être très variable.

De multiples études ont été consacrées au thème de l'espace, tant sur le plan de la communication non verbale que sur celui de la psycho-sociologie. Ce domaine est fortement lié à celui du « milieu » (dont il est un des paramètres) et à celui de l'« agir » — action et choix — par lesquels les modifications spatiales s'effectuent. Dans l'évaluation, il faudra toujours considérer l'espace sous l'angle de l'espace vertical et de l'espace horizontal. (réf. 137, 138, 139, 140, 141).

Etude de la relation du corps à l'espace.

Les facultés de perception et de modulation de l'espace étant ici confondues, nous observerons l'utilisation de l'espace par le biais du corps et ceci dans les trois types de relations.

- **Espace immédiat :** espace atteint sans déplacement, dans la relation
 - à soi (1)*
 - à l'autre (3) (4)
 - au milieu : environnement physique (5)
monde des objets (6)
- **Espace médial :** espace atteint avec déplacement, dans la relation
 - à soi (2)
 - à l'autre (3) (4)
 - au milieu : physique et objets (5) (6)

* Les numéros donnés ici correspondent aux numéros de la grille proprement dite.

A. ESPACE

1. Utilisation de l'espace immédiat
(«étendue» de l'utilisation, au repos ou dans une situation donnée).
2. Utilisation de l'espace médiat
(en déplacement spontané: type d'utilisation).
3. Réactivité corporelle au mouvement (approche-éloignement) de l'autre dans l'espace médiat et immédiat
(réactions systématiques, évitement, ...)
4. Utilisation de l'espace médiat et immédiat par rapport à l'autre
(possibilité de variation de la distance à l'autre, ...).
5. Utilisation de l'espace médiat et immédiat par rapport à l'environnement physique.
(utilisation de la structure donnée de l'environnement physique: espace clos, fenêtres, ...)
6. Utilisation de l'espace médiat et immédiat par rapport au monde des objets
(mise à distance des objets menaçants, quantité d'espace disponible occupé par les objets, ...)

B. TEMPS

La notion de temps, exprimée généralement en termes de durée (avant, après et présent), trouve sa traduction corporelle dans la notion de *rythme*, qui inclut la durée mais aborde également l'aspect répétitif (régulier ou irrégulier) des phénomènes. Ce thème de la répétition a une portée psychologique très importante: par sa reconnaissance (perception) au niveau biologique même, il ancre dans une réalité immédiate, parfois «monotone», qui force à se reconnaître une relativité.*

Le domaine du rythme ouvre aussi à la reconnaissance de l'autre et du milieu en tant que «différent» ou «identique» à soi. Il stimule, par les possibilités de modification de rythmes (modulation), la prise de position face à ces réalités. Il touche ainsi au thème de l'adaptation et de l'indépendance. (Réf. 142, 143, 144, 145, 146).

Etude de la relation du corps au temps.

Nous observerons essentiellement ici les rapports entre corps et rythmes (au sens large), traduits par les facultés de:

- **perception** rythmique: reconnaissances de rythmes existants
 - en soi (1) (8)
 - en l'autre et le milieu (3)
- **modulation** rythmique: possibilité de modification des rythmes existants en fonction
 - de soi (2) (8)
 - de l'autre et du milieu (4) (5)
 - de l'espace (6)
 - de l'énergie (7)

* Une nouvelle science, la chronobiologie, née vers 1940, qui s'occupe de la recherche interdisciplinaire sur les rythmes biologiques, faisait état en 1965 de plus de 3000 travaux sur ce thème. De nouvelles hypothèses dans le rôle physiopathologique des «horloges internes» ouvrent un chapitre prometteur à cette science, tant sur le plan diagnostique que thérapeutique.

B. TEMPS

1. Perception de ses rythmes propres
(tant biologiques [pouls, sommeil, ...] que les rythmes dans l'agir [marche, mise en train au travail, rythmes de loisirs, etc.])
2. Possibilité de modulation des expressions rythmiques de base, localisées (une partie du corps) ou globales (tout le corps).
(en fonction des sensations, des émotions, de l'imagination, etc. : unité ou « split » dans la modulation, « carapace » rythmique, ...).
3. Perception des rythmes de l'autre ou des rythmes ordonnés par le milieu : rythmes externes
(tambourin, saison, rythme de chaîne d'usine, fréquences des transports publics, ...).
4. Modulation des rythmes propres dans le sens d'une « acceptation » des rythmes externes
(facile, difficile, toujours le cas, impossible, ...).
5. Modulation des rythmes propres dans le sens d'un « refus » des rythmes externes.
6. Modulation de l'utilisation spatiale lors de modulation rythmique.
(possibilité de relation harmonieuse entre les deux, ...).
7. Modulation de l'état tensionnel lors de modulation rythmique
(possibilité de relation harmonieuse entre les deux, implique une crispation, un effondrement, ...)
8. Possibilité de perception et de modulation de l'activité respiratoire.

C. ÉNERGIE

Le domaine de l'«énergie» au sens large, très controversé par différentes écoles quant à sa conception (allant de l'extrême le plus mécaniciste à l'extrême le plus spiritualiste), est délicat à aborder. Je me cantonnerai ici à la notion observable cliniquement de «tension».

T. SCHOOP (95) appelle tension la possibilité pour un être humain d'énergiser ou de «désénergiser» son être physique. DROPSY (56) utilise la notion d'«énergie vitale», dont l'action peut se manifester sur divers plans et notamment être observée par la tension des muscles, volontaire aussi bien qu'involontaire.

J'utiliserai le terme tension dans le sens de «l'état» de contraction musculaire volontaire ou involontaire observable de façon passagère ou permanente dans une situation donnée (inclus la notion de tonus et de force). Cette définition restrictive devra certainement être élargie ultérieurement, si l'on veut parvenir à rendre compte plus adéquatement de la notion d'énergie. (réf. 147, 148, 149, 150).

Etude de la relation du corps à l'énergie :

Nous observerons ici l'état énergétique d'un individu traduit par la notion de «tension» et ceci par les facultés de :

- **Perception** tensionnelle: reconnaissance de l'état de tension à un moment donné (1) (2)
- **Modulation** tensionnelle: possibilité de variation de l'état de tension dans le temps
 - quantitative (3) (4)
 - qualitative (5)
 - réactive (cf. G5, H3, B7, E8, ...)

Ces deux facultés sont à considérer par rapport au corps global (dans son ensemble) et au corps partiel (différents groupes musculaires): notion de répartition (1) (2) (6).

C. ÉNERGIE

1. Etat tensionnel global de base: au repos ou en mouvements simples (mou, rigide, ...)
2. Existence de contractures ou d'hyperlaxités musculaires localisées en situation de base (rigidité des ceintures, nuque, ...).
3. Gamme de modulation tensionnelle utilisable (tension maxima et minima possible, hyperlaxité et hypercontraction, ...).
4. Gamme de modulation tensionnelle spontanément utilisée dans le mouvement: quantité ou flux d'énergie (adaptation ou non de la quantité à la tâche, à l'émotion, ...)
5. Possibilité de modulation de la qualité tensionnelle (qualité de l'énergie) utilisée (explosive, ondulante, lourd, léger, résistant, ..., maîtrisable ou non, ...)
6. Possibilité de modulation de la répartition tensionnelle utilisée dans différentes circonstances. (répartition toujours uniforme, présence de «split», de syncinésies, ...)

D. AGIR

Pour les trois modes d'«action» qui vont suivre (agir, sentir, penser), je regrouperai les différents points dans le cadre de trois facultés ou de trois différents «moments»: *réceptivité*, entendu dans le sens de «situation pré-existante ou à l'origine» d'une des trois actions, état où l'on reçoit, où l'on constate, sans «faire»; *émissivité*, moment de l'action proprement dit où quelque chose se fait ou s'exprime, avec la possibilité, à certains moments, de se *moduler*, en fonction des circonstances.

Bien sûr, ces trois moments ne sont pas aussi artificiellement distincts dans la réalité; ils peuvent parfois même être tout à fait confondus, de même que les trois types d'action peuvent se produire pratiquement simultanément.

En ce qui concerne l'«agir», proprement dit, j'entends par choix «directionnel», le choix et l'action impliquant une intention à long terme, une direction, avec réalisation fragmentaire dans l'immédiat. Par choix «actionnel», j'entends le choix et l'action impliquant une réalisation à court terme, une action totale, immédiate. Le second est un des éléments du premier.

Cette distinction rejoint partiellement celle que fait le latin entre l'«agere» et le «facere», avoir une activité, s'occuper de, et faire «une chose».

Sur le plan de l'évaluation, on notera le parallélisme entre D2 et F1 ainsi qu'entre D6 et G4, déterminant la notion de changement subi et provoqué. (réf. 151, 152, 153, 154).

Etude de la relation entre le corps et l'agir:

Nous observerons ici les manifestations corporelles découlant, favorisant, ou à l'origine de n'importe quel type d'action et ceci par les facultés de:

- | | | |
|-----------------------|----------------------------------|-----|
| — réceptivité: | • mobilité psychomotrice de base | (1) |
| | • disponibilité (ou préparation) | (2) |
| | • spontanéité corporelle | (3) |
| — émissivité: | • choix directionnel | (4) |
| | • choix actionnel | (5) |
| — modulation: | • directionnelle et actionnelle | (6) |

D. AGIR

1. Mobilité psychomotrice de base (en dehors de toute action volontaire): propension à l'activité ou à la passivité en situation basale.
2. Possibilité de mise en disponibilité (alertness) en vue de l'action (attention, concentration, «silence» corporel, modulation tensionnelle, ...)
3. Réceptivité au domaine du «senti» comme facteur modelant de l'action: spontanéité corporelle (utilisation des afférences «affectives» [instinct, intuition, affects] sans passage par l'évaluation de la pensée, en vue de l'action).
4. Possibilité de choix directionnel: possibilité de se déterminer en vue d'un but, d'une finalité (choix à long terme) (déviations, évitements, non persévérance, ...).
5. Possibilité de choix actionnel: possibilité de se déterminer et de passer à l'acte dans un ici et maintenant (choix à court terme) (possibilité d'accepter ou refuser, oui-non, hésitation, unité corporelle dans l'expression du choix ou non, ...).
6. Possibilité de modulation du choix et de l'action (choix directionnel et actionnel) en fonction du réel intervenant en cours d'action: changement passif ou imposé (rigidité, influençabilité, abdication facile, compétition, heurts avec le milieu, ...).

E. SENTIR

Dans le domaine du « sentir », il me faut définir les termes de sensation et perception. Je suivrai les définitions de W. JAMES, (67) qui définit la *sensation* comme le résultat immédiat sur la conscience des afférences nerveuses, avant qu'elles ne réveillent de suggestions ou d'associations. Cette élaboration de la sensation correspondra à la *perception*, qui utilise la comparaison, la classification, la mémoire.

La sensation pure n'existe que dans les premiers jours de la vie, bien sûr, mais JAMES entend ici la faculté de recevoir des impressions sans mettre en jeu (ou le moins possible) les mécanismes de la pensée. Il rejoint ainsi R. VITTOZ qui, sur le plan thérapeutique, rééduque ses patients à recevoir des sensations en « réceptivité » pure. (« La pensée est émissivité »). (37) Le terme de perception corporelle correspond à ce que la nomenclature française appelle les sensations « complexes ». (GARNIER)

Sur le plan de la relation entre l'émotion et son expression corporelle, il est intéressant d'étudier le rapport temporel qui les lie : est-ce un rapport de simultanéité ? L'émotion résulte-t-elle de l'expression corporelle engendrée directement par la perception ou en est-elle à l'origine ? (cf. JAMES).

A noter sur le plan évaluation les rapports très voisins entre E1 (sensations pures), I2 (« perception statique ») et I5 (faculté dynamique). (Réf. 155, 156, 157, 158, 159).

Etude de la relation entre le corps et le « sentir ».

Nous observerons ici, toujours par rapport à *soi* (a.), puis par rapport *aux autres et au milieu* (b.), les facultés de :

— réceptivité

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------|
| aux sensations : | a. — couche musculaire (cf. C) | |
| | — couche osseuse articulaire | } (1) |
| | — couche viscérale | |
| | b. — organes des sens | (2) |
| aux perceptions : | a. statesthésie, kinesthésie | } (3) |
| | b. stéréognosie | |
| aux émotions et sentiments : | (a. + b.) | (4) |

— émissivité

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------|----------|-----|
| d'émotions et sentiments : | (a. + b.) | positifs | (5) |
| | | négatifs | (6) |

— modulation

- | | |
|---|-----|
| de l' intensité du « senti » (réceptivité ou émissivité) | (7) |
| de l' état tensionnel en fonction du « senti » | (8) |

E. SENTIR

1. Réceptivité aux sensations intracorporelles (surtout viscérales)
(ex. battements artériels, fourmillements, anesthésies, douleurs internes, ...).
2. Réceptivité aux sensations afférentes du milieu ou des autres, donc transmises par les organes des sens
(ex. chaleur, pression, vue, ouïe en réceptivité pure, ...).
3. Réceptivité aux perceptions intra et extracorporelles
(ex. sens des positions, du mouvement ou de son absence, de la forme des objets, possibilité d'alignement, ...).
4. Réceptivité aux émotions et sentiments et à leur traduction corporelle
(de provenance interne [soi] ou externe [les autres, le milieu]).
5. Possibilité d'expression corporelle des émotions et sentiments de nature positive
(cette expression peut être consciente ou non, accompagnée de verbalisation ou non).
6. Possibilité d'expression corporelle des émotions et sentiments de nature négative.
7. Possibilité de modulation de l'intensité des émotions et des sentiments
(ou de leur expression)
(domaine subjectif à ne pas confondre avec une adaptation, facteur culturel au premier plan).
8. Possibilité de modulation de l'état tensionnel en fonction des émotions ou sensations
(en opposition à un masquage de toute perception [sens large] par un écran tensionnel [loi de Weber-Fechner]).

F. PENSER

Dans ce chapitre, nous essayerons de percevoir les manifestations corporelles qui accompagnent l'«action» mentale. Je ne parle pas seulement des manifestations motrices très subtiles que l'on a pu observer au cours de la pensée (transmises par les fibres gamma), mais surtout de celles que l'on peut observer «autour» du phénomène de la pensée ou qui en découlent directement.

Nous touchons là à ce que certaines écoles philosophiques grecques révélaient déjà : l'importance du lien entre corps et pensée. Socrate observait déjà : « Je ne peux penser qu'en marchant ».

On tentera d'observer ce «lien» dans le point F6, qui, comme d'autres points de ce chapitre, demande une observation sur une certaine durée et souvent l'aide de la verbalisation.

Il est évident, d'autre part, que l'éclairage particulier de ce chapitre est présent dans tous les autres points évalués. (Réf. 160, 161, 162, 163, 164).

Etude de la relation entre le corps et le «penser».

Nous observerons ici les manifestations corporelles découlant, favorisant ou à l'origine de la pensée et ceci par les facultés de :

- | | | |
|------------------------|--|-----|
| — réceptivité : | — «silence» corporel | (1) |
| | — mémoire corporelle | (2) |
| — émissivité : | — imagination ou «créativité» corporelle | (3) |
| | — fantaisie | (4) |
| | — verbalisation | (5) |
| — modulation : | — «actualisation» de la pensée | (6) |

F. PENSER

1. Possibilité d'attention et de concentration se traduisant par un « silence » corporel : ouverture du corps à l'intelligence.
(ce silence n'est pas une « absence » mais une immobilité dans une grande disponibilité).
2. Possibilité de prise de conscience de souvenirs, sensations ou expériences corporelles antérieures : mémoire corporelle
(commune pour les organes des sens [goût, odeur, vue, ...], plus difficile pour le mouvement, les tensions, ...).
3. Possibilité d'utilisation de l'imagination dans le vécu corporel : notion de « créativité » corporelle.
4. Possibilité d'un vécu corporel hors du réel immédiat : notion de fantaisie.
(capacité d'abstraction, de symbolisation, d'associations fantasmatiques).
5. Possibilité de verbalisation, dans le sens d'une élaboration du vécu corporel individuel ou de groupe (idées, sentiments, ...).
6. Possibilité de modulation du lien entre activité corporelle et intellectuelle : « actualisation » de la pensée
(possibilité d'expérimentation ou de traduction corporelle de la pensée dans l'agir, par exemple, ...).

G. MILIEU

Pour l'évaluation des trois modes «relationnels» qui vont suivre, j'envisagerai tout d'abord ces relations quant à leur structure: *fonctions constituantes*. Elles définiront essentiellement le cadre dimensionnel dans lequel elles s'inscrivent. Je les observerai ensuite sous l'angle plus dynamique de leur mouvement, de ce qui les anime: *fonctions animantes*. Bien sûr, une fois de plus, cette séparation artificielle ne se justifie que si elle conduit à un regroupement synthétique ultérieur des observations.

La notion de «milieu» est définie ici comme étant constituée du monde des *objets* et de *l'environnement physique* pris au sens large (c'est-à-dire tout ce qui est accessible aux organes des sens, hormis les objets et les personnes). Elle situe le cadre de la réalité. La relation aux personnes est envisagée dans le chapitre suivant (cf. H).

On sera attentif spécialement, dans l'observation, aux fines différences entre A5 (structure spatiale de la relation à l'environnement), G1 (structure totale de cette relation) et G5 (les modulations «affectives» induites par ce contact). (Réf. 165, 166, 167, 168, 169).

Etude de la relation au *milieu* par le corps.

— fonctions constituantes:

elles situent le cadre de la relation au milieu par le corps,

c'est-à-dire à son **contenant**: **l'environnement physique** (1)

à son **contenu**: **Le monde des objets** (2)

et à son **support**: **le sol** (3)

et ceci dans les trois dimensions: temps-espace-énergie.

— fonctions animantes:

elles situent les modes de la relation au milieu par le corps (spécialement, contenant et contenu) quant aux trois types d'«action»: agir-sentir-penser

(4) faculté de **changement** (agir)

(5) faculté d'**influence** (sentir)

(6) faculté de **création** (penser)

G. MILIEU

1. Fréquence, mode et lieu de la relation corporelle avec l'environnement physique
(élément ignoré ou important, possibilité de changer d'environnement, ...)
2. Fréquence, mode et lieu de la relation corporelle avec les objets
(interactions statiques ou dynamiques, utilisation compulsive, rangements, attitude vestimentaire, ...).
3. Fréquence, mode et lieu de la relation corporelle au sol: penser lieu de contact avec la réalité extracorporelle (ancrage)
(enracinement, « embourbement », effleurement, réactions à la position couchée, ...).
4. Possibilité de modulation du milieu physique par l'action corporelle.
Possibilité de provoquer activement un changement (au sens large)
(action sur l'environnement, déplacement d'objets, ...).
5. Modulations corporelles induites par certaines qualités des objets ou de l'environnement physique lors de leur contact médiat ou immédiat avec le corps
(induction de plaisir, peur, évitement, augmentation tensionnelle, influence des sensations [bruits, couleurs, mouvements], ...).
6. Possibilité d'utilisation de l'imagination (concrète et abstraite) dans la création ou la modulation de l'objet ou de la matière par le corps: créativité objectale
(activité artisanale, modelage, ...).

H. L'AUTRE

J'aborderai ici plus spécifiquement le domaine de la communication avec l'autre ou avec le groupe. De nombreux aspects de cette relation ont déjà été envisagés dans les chapitres précédents, comme la communication verbale et émotionnelle ainsi que divers aspects plus spécifiques comme la notion d'espace ou de rythme dans la relation à l'autre. Je n'y reviendrai pas, je me contenterai de les citer dans le plan d'évaluation.

Les éléments repris dans les fonctions constitutantes sont, en général, des élaborations déjà pluridimensionnelles de la relation à l'autre.

L'évaluation du mode d'utilisation du corps dans la vie sexuelle sera abordée de façon très variable selon les groupes et les individus. Brièvement citée ici, elle pourra être l'objet d'une investigation à elle seule où la participation de la verbalisation ne sera pas négligeable. (Rév. 170, 171, 172, 173).

Etude de la relation à l'autre par le corps.

— **fonctions constitutantes :**

elles situent le cadre de la relation à l'autre par le corps quant au temps, à l'espace et à l'énergie dans la relation :

- **duelle** (1 à 3)
- **au groupe** (4)

— **fonctions animantes :**

elles situent les modes « expressifs » de la relation à l'autre par le corps quant aux trois types d'« action » :

• **faculté de communication « non verbale » (agir) :**

- **gestuelle partielle (mimique)** (5)
- **gestuelle globale (« apparence corporelle »)** (6)
- **vocale** (7)
- **sexuelle** (8)

• **faculté de communication émotionnelle (sentir) :**

cf. E5-6

• **faculté de communication verbale (penser)**

cf. F5

H. L'AUTRE

1. Fréquence et mode de la relation à l'autre
(initiative du contact, réponse au contact initié par l'autre, brutalité, douceur, ...).
2. Lieu de la relation à l'autre
(contact uniquement visuel, implique toutes les parties du corps, possibilité de rupture de contact, d'isolement, ...).
3. Modifications toniques engendrées par la relation à l'autre.
4. Nature du contact corporel avec le groupe
(fréquence, lieu, réactions toniques, mode [dominance, agitation, ...]).
5. Possibilité et mode d'utilisation de la communication non verbale « partielle ».
(utilisation de la gestualité, de la mimique, du mouvement, ...).
6. Possibilité et mode d'utilisation — consciente ou non — de la communication non verbale « globale » : « apparence corporelle »
(caractère de la marche, position corporelle [unité, « split », ...] à l'exclusion des déformations secondaires à base organique).
7. Possibilité d'utilisation de la communication vocale
(expression de sentiments, utilisation spontanée, ...).
8. Mode d'utilisation du corps dans les relations sexuelles
(quant aux trois dimensions et aux trois actions).

I. SOI

On touche, par cette évaluation de la relation à soi-même, à la notion de « moi » corporel ou de « centre ». T. SCHOOP affirme sa conviction que « le centre est l'équivalent physique du moi humain ». (95). Bien que décrit par l'ensemble des paramètres abordés jusqu'ici, le centre sera encore mieux cerné par les éléments de ce chapitre. Le « moi » corporel (ou centre) pourrait donc être défini idéalement comme : « un corps » limité, se mouvant sur un support, globalement perçu et habité, capable de se reconnaître tel qu'il est et de se moduler au milieu (physique et humain).

On constate une fois de plus que la notion de « corps » opposée à celle d'« esprit » n'a plus de sens ici. Par « moi corporel », on exprime beaucoup plus un angle de vision particulier plutôt qu'une entité différentiable du « moi psychologique ».

Il est intéressant également de noter la convergence des observations de la recherche en psychologie (JAMES), dans le domaine corporel (SCHOOP) et en zoologie comparée reprise au point I4, qui montre que tout « mouvement », aussi évolué soit-il, prend son origine dans les deux simples mouvements de contraction et d'expansion ou plus largement d'ouverture et de fermeture. Notion qu'il serait intéressant d'étudier en parallèle avec la théorie psychanalytique des pulsions, dans sa conception la plus récente. (Réf. 174, 175, 176, 177, 178).

Etude de la relation à **soi-même** par le corps.

— **fonctions constitutantes :**

elles situent le cadre de la relation à soi par le corps, c'est-à-dire au corps en tant que :

(1) **contenant** (« limite » corporelle)

(2) **contenu**

(3) **support** (équilibre)

ceci dans les trois dimensions : temps-espace-énergie

— **fonctions animantes :**

elles situent les modes de la relation à soi-même quant aux trois types d'« action » :

(4) faculté de **mobilité** (agir)

(5) faculté d'**habitation** (sentir)

(6) faculté de **représentation** (penser)

I. SOI

1. Possibilité de perception d'une unité corporelle exprimable en terme de surface ou enveloppe et définissant un « intérieur » et un « extérieur » (importance de l'investissement qualitatif de cette « limite »).
2. Possibilité de perception d'un « contenu » corporel et de ses qualités (nature de la « matière » intérieure: consistance, fluidité, continuité, homogénéité, perception d'un intérieur morcelé [organes, régions] ou global, ...).
3. Possibilité d'utilisation des facultés corporelles d'équilibre: suppose la notion d'organisation des positions du corps en fonction de la réalité (pesanteur) (organisation autour du « centre » de gravité: intégration supérieure de la notion d'ancrage [G3]).
4. Possibilité de mobilité corporelle entre l'intérieur et l'extérieur (égocentre-exocentre): notion d'ouverture-fermeture, à la base de tout mouvement (interaction entre soi et le monde extérieur: travail dans le sens de la « largeur »).
5. Utilisation de la faculté d'habitation, capacité d'investir psychoémotionnellement toute « activité » corporelle (notion d'intégration entre vécu corporel et psychoémotionnel — en opposition à un vécu mécanique, désincarné, « extérieur » —: travail dans le sens de la « profondeur »).
6. Possibilité de représentation de l'image du corps global (body image) (dans une description corporelle, dans la verbalisation d'un « vécu » corporel global, ...).

A	B	C	D	E
☐	☐	☐	☐	☐
faux	souvent faux	parfois vrai parfois faux	souvent vrai	vrai

	A	B	C	D	E
1. Je donne facilement mon avis.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Lorsqu'une émotion me gagne, j'ai beaucoup de peine à me reprendre.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Il m'est difficile d'utiliser mon imagination.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Je suis capable de m'engager complètement lorsque je fais quelque chose.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Je vis chaque jour comme il se présente sans trop me soucier du passé ou du futur.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Je suis très malheureux(se) lorsque je suis contraint(e) de changer un projet établi.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Si je suis énervé(e), il me suffit de peu de temps pour retrouver mon calme.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Je me sens autant à l'aise face à un homme que face à une femme.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Je me sens libre d'accepter ou de refuser une amitié ou une nouvelle connaissance.	☐	☐	☐	☐	☐
10. La solitude est pesante pour moi.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Je suis sensible à la beauté des êtres ou des choses.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Je parviens à donner un sens à ma vie actuelle.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Mon indécision m'empêche souvent de faire des choix.	☐	☐	☐	☐	☐
14. La vie est généralement pesante pour moi.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Je suis attentif(ve) à tout ce qui se passe autour de moi.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Je me sens toujours pressé(e) et bousculé(e).	☐	☐	☐	☐	☐
17. Je cherche à comprendre mes réactions.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Je m'efforce de comprendre vraiment l'avis de l'autre.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Je me sens concerné(e) par ce qui se passe dans le monde.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Avoir du plaisir dans la vie est très important pour moi.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Je crains les lieux que je ne connais pas.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Mon activité professionnelle (ou de ménagère) est (ou a été), la seule chose importante dans ma vie.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Accepter de vieillir est très difficile pour moi.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Je peux agir parfois de façon fantaisiste.	☐	☐	☐	☐	☐
25. Je m'énervé souvent pour un rien.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Je fais plus confiance aux autres qu'à moi-même.	☐	☐	☐	☐	☐
27. J'aime passer parfois du temps dans la nature.	☐	☐	☐	☐	☐
28. Je prête peu d'attention à mon propre corps.	☐	☐	☐	☐	☐
29. Lorsque j'ai pris une décision, j'hésite encore longtemps avant de passer à l'action.	☐	☐	☐	☐	☐

./.

A	B	C	D	E
☐	☐	☐	☐	☐
faux	souvent faux	parfois vrai parfois faux	souvent vrai	vrai

	A	B	C	D	E
30. Je n'aime pas montrer aux autres ce que je suis et ce que je ressens	☐	☐	☐	☐	☐
31. J'aimerais être capable parfois de jouer comme un enfant.	☐	☐	☐	☐	☐
32. Je suis très inquiet(e) de ce que je deviendrai demain.	☐	☐	☐	☐	☐
33. Il m'est facile de changer mes habitudes.	☐	☐	☐	☐	☐
34. J'estime qu'en vieillissant, on ne peut plus avoir de vie sexuelle.	☐	☐	☐	☐	☐
35. J'arrive à garder le sens de l'humour.	☐	☐	☐	☐	☐
36. Lorsque je me trouve dans un groupe, je perds mes moyens.	☐	☐	☐	☐	☐
37. Je fais souvent des achats, des projets, des choix, qui dépassent mes possibilités réelles.	☐	☐	☐	☐	☐
38. J'ai très facilement l'estomac noué ou des douleurs vagues dans le corps.	☐	☐	☐	☐	☐
39. J'ai un sens pratique qui me permet de résoudre les petits problèmes de la vie quotidienne.	☐	☐	☐	☐	☐
40. Vieillir ne m'apporte que des souffrances.	☐	☐	☐	☐	☐
41. Mon attachement aux objets est exagéré.	☐	☐	☐	☐	☐
42. J'ai de la peine à traduire ma pensée en mots pour l'expliquer à une autre personne.	☐	☐	☐	☐	☐
43. J'aime que mes amis(es) me manifestent leur affection.	☐	☐	☐	☐	☐
44. Je ne supporte pas d'entendre parler de la mort.	☐	☐	☐	☐	☐
45. Il m'est facile de m'accepter tel(le) que je suis.	☐	☐	☐	☐	☐
46. Je me sens capable de diriger une discussion ou une activité.	☐	☐	☐	☐	☐
47. Je suis capable de manifester ma colère face aux autres.	☐	☐	☐	☐	☐
48. J'aime serrer mes amis(es) dans mes bras.	☐	☐	☐	☐	☐
49. Si je suis convaincu(e) de quelque chose, j'ai malgré tout besoin d'être poussé(e) pour agir.	☐	☐	☐	☐	☐
50. Je me sens un peu menacé(e) par les autres.	☐	☐	☐	☐	☐
51. J'aime inventer des façons de faire originales dans certains domaines.	☐	☐	☐	☐	☐
52. Mon passé est important mais le présent l'est encore plus.	☐	☐	☐	☐	☐

Remarques :

c) grille d'évaluation subjective : questionnaire d'auto-évaluation

Ce questionnaire est organisé sur le modèle des « feuilles d'auto-analyse » (feuilles C.P.A.) utilisées pour tester le degré d'anxiété avant et après une relaxation, par exemple.

Il regroupe une cinquantaine d'affirmations du type « auto-évaluation », auxquelles le patient doit répondre en cochant la réponse lui paraissant la plus adéquate. Il dispose de cinq possibilités de réponse pour chaque affirmation (faux - souvent faux - parfois vrai, parfois faux - souvent vrai - vrai).

Les affirmations proposées, bien que mélangées dans le questionnaire, sont directement issues du modèle dynamique élémentaire. Chacun des neuf éléments de ce modèle a été détaillé en cinq à six questions qui testent les attitudes habituelles du patient face à ces éléments.

Un sens a été déterminé pour chacune des questions, qui indique la direction du « mouvement » par rapport au critère de globalité. Les questions sont formulées de façon à éviter au maximum tout critère moral d'évaluation.

L'ensemble des réponses au questionnaire permet ainsi de se faire une idée de l'*état présent* du patient par rapport à l'idée de globalité.

Il faut noter que, par ce type d'évaluation, on touche un niveau assez « profond » de la personnalité. En conséquence, seules les modifications durables et profondes, engendrées par la thérapie, pourront être décelées.

Vu la forme du questionnaire, il est d'autre part important de ne considérer que les résultats de l'ensemble de celui-ci. Le but est ici de révéler un « *mouvement* » global déclenché par la thérapie. Les mouvements de détails (pour un élément, par exemple) que l'on pourrait mettre en évidence, ne sont d'aucune signification, vu le peu de critères sur lesquels ils reposent.

C'est dans ce sens, beaucoup plus qualitatif que quantitatif, que seront exposés les résultats de cette évaluation dans la dernière partie.

C. RÉSULTATS ET CONCLUSIONS

I. GRILLE D'ÉVALUATION PHÉNOMÉNOLOGIQUE (G.E.P.)

Je tiens à souligner d'emblée que la première influence résultant de l'utilisation de ce moyen d'investigation a été de permettre une plus grande acuité dans le « voir » au cours de la thérapie. En effet, grâce aux repères fournis par la grille, il m'a été possible de remarquer certains détails dans le vécu corporel des patients, qui ont permis ultérieurement des abords thérapeutiques plus précis.

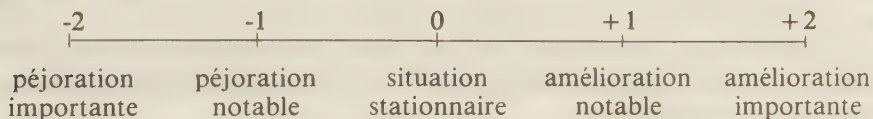
Les résultats qui vont suivre ont été obtenus de la façon suivante: une double évaluation a été pratiquée simultanément par un observateur « neutre » et par moi-même, au début et à la fin de la thérapie, au moyen de la grille phénoménologique. Ces évaluations, vu le nombre de points à observer, se sont déroulées au cours des trois premières et trois dernières séances. L'évaluation par deux observateurs n'a montré que de très rares divergences, qui ne se sont pas révélées significatives sur le plan des résultats. C'est pourquoi ceux-ci ne seront présentés que sous forme d'une évaluation unique.

Chacun des points de la grille (excepté le point H8*) a fait l'objet d'une appréciation: par exemple pour A2, on pouvait noter pour un patient au cours de l'évaluation de début: « utilisation très restreinte, demeure confiné à un coin de la salle ». Dans l'évaluation finale, on notait une utilisation spontanée de l'espace « médiate » beaucoup plus étendue.

Ce sont ces *différences* entre les deux appréciations (début et fin) qui ont été mesurées, évitant ainsi une quantification difficile et arbitraire des appréciations elles-mêmes.

Cette évaluation de la différence entre les appréciations de début et de fin a été effectuée sur une échelle de cinq points, visant donc essentiellement à déceler un « mouvement » (ou une absence de mouvement) et à en déterminer grossièrement l'importance.

Echelle:



Ce sont les données de cette évaluation qui sont résumées dans le tableau A.

* Non testé dans cette recherche.

Les trois premières colonnes du tableau indiquent le nombre de mouvements positifs, négatifs ou stationnaires pour l'ensemble des 59 points testés. La dernière colonne indique l'importance quantitative de ces mouvements et leur sens en donnant la somme des évaluations de différence entre début et fin de traitement (-2, -1, 0, +1, +2) pour les 59 points.

Les résultats de cette dernière colonne ont été testés statistiquement, en se basant sur la moyenne mathématique des résultats et un p de 0,05, afin de définir les limites d'intervalle de confiance.

Tableau A : évaluation phénoménologique

Patients	= /59	+ /59	— /59	Δ tot.
A	32	23	4	+ 17
B	21	35	3	+ 37*
C	30	10	19	—17*
D	24	32	3	+ 32*
E	34	23	2	+ 21
F	31	21	7	+ 14
G	34	16	9	+ 8
H	21	34	4	+ 33*

= : aucun mouvement (situation stationnaire entre les 2 évaluations)

+ : mouvement positif (amélioration)

— : mouvement négatif (péjoration)

Δ tot : somme des différences entre début et fin de traitement

59 : nombre de points évalués

* : résultats significatifs statistiquement pour $p = 0,05$

On obtient ainsi :

limites d'intervalles de confiance : $4,0 < \text{moy. pop.} < 32,0$

valeurs significatives : —17, + 32, + 33, + 37

(pour : moy. = 18, écart-type = 300,9, $p = 0,05$, $m = 7$, $t = 2,36$)

En fonction de ces résultats, on peut tirer les conclusions suivantes concernant l'évaluation phénoménologique d'une thérapie par l'expression corporelle pour ces huit patients.

On constate tout d'abord qu'un certain nombre de *mouvements* ont été déclenchés par la thérapie (col. 2 et 3), mouvements en grande majorité dans le sens positif (col. 2 et col. 3). Parallèlement, un nombre à peu près identiques de points n'ont pas été modifiés (col. 1).

On remarquera : pour que le résultat de la somme des évaluations (col. 4) soit significatif statistiquement, il faut généralement que le nombre de mouvements soit plus grand que le nombre de points inchangés (col. 2 + 3 > col. 1).

En regardant la colonne 4, on peut conclure incontestablement à un mouvement se dessinant dans le sens d'une amélioration pour tous les patients, sauf un.

Compte tenu de l'orientation prise dans l'élaboration de la grille d'évaluation, cela signifie que la thérapie par l'expression corporelle permet d'amorcer, chez la personne âgée, un mouvement vers « *plus* » de *globalité*, mouvement objectivable par une observation phénoménologique.

Pour les patients présentant des résultats positifs mais non significatifs statistiquement, on peut conclure que, bien qu'amorçant un mouvement positif, ils demeurent dans une « zone stationnaire » en ce qui concerne leur globalité, sur le plan de l'appréciation statistique des résultats.

En ce qui concerne la patiente C, les résultats obtenus mettent en évidence que ce type d'évaluation se borne à établir une comparaison entre deux moments ponctuels de la vie du patient. En effet, au cours du traitement, cette patiente a présenté de nettes améliorations. A la suite du décès de son conjoint, elle a développé à nouveau des symptômes dépressifs très marqués, avec une rigidité et bradycinésie importante, symptômes présents au cours de l'évaluation de fin de traitement. Le mouvement négatif ainsi objectivé correspond donc bien à la réalité clinique.

Pour elle comme pour tous les autres patients, ce résultat montre les *limites* de la méthode, qui ne rend compte que du mouvement global — objectivable par exemple sur une période de six mois — mais masque les mouvements intermédiaires.

Toujours dans cette optique des limites de la méthode, on notera que les résultats peuvent être influencés, dans le sens positif ou négatif par l'état clinique du patient le jour de l'évaluation. Cet inconvénient peut être quelque peu compensé par le fait que l'évaluation phénoménologique se déroule sur plusieurs séances (ici trois).

Pour supprimer encore un risque d'erreur, l'évaluation phénoménologique doit être pratiquée par des observateurs « neutres », c'est-à-dire étrangers à la recherche mais non au travail corporel. Dans une recherche ultérieure, il sera utile de bénéficier des résultats d'un groupe-contrôle pour l'évaluation phénoménologique, comme cela a été le cas pour l'évaluation subjective que nous allons aborder maintenant.

II. GRILLE D'ÉVALUATION SUBJECTIVE (G.E.S.)

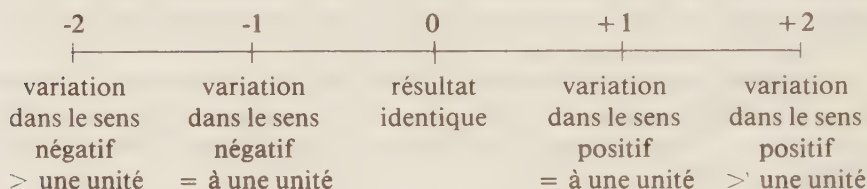
En ce qui concerne le questionnaire d'auto-évaluation, il a été procédé de la même façon que pour la grille d'évaluation phénoménologique.

Un observateur neutre a présenté ce questionnaire aux patients à deux reprises, au début et à la fin de la thérapie.

Les médecins traitants des patients du groupe-contrôle ont procédé de même, à un intervalle de six mois (simultané au déroulement de la thérapie avec le groupe-test).

Pour le dépouillement des résultats, la quotation a été effectuée sur la différence de réponse entre le premier et le deuxième questionnaire, et ceci sur une échelle de cinq points identique à celle utilisée pour la grille d'évaluation phénoménologique.

Echelle



On remarquera que les variations dans le sens positif ou négatif de plus d'une unité ont été confondus, une variation de plus de deux unités paraissant suspecte.* Cette mesure a pour résultat de rendre les exigences quantitatives plus sévères.

Les résultats ainsi obtenus sont résumés dans le tableau B pour le groupe-test et dans le tableau C pour le groupe-contrôle.

Les résultats de Δ tot. pour les deux groupes ont été testés statistiquement.

*Exemple: un patient répondant A à la question 4 lors du premier questionnaire (sens positif déterminé de A vers E) et répondant C, D, ou E lors du deuxième sera coté de façon équivalente à deux points. Un mouvement de A à D ou de A à E est considéré comme trop important, donc suspect. On ne tient donc compte que des deux premiers degrés de progression ou de régression.

On obtient ainsi :

Tableau B : évaluation subjective — groupe-test

Patients	= /52	+ /52	— /52	Δ tot.
A	38	8	6	0
B	25	18	9	+ 21*
C	30	9	13	— 12*
D	32	12	8	+ 16*
E	36	6	10	— 4
F	30	12	10	+ 8
G	36	11	5	+ 7
H	26	12	14	0

= : aucun mouvement (réponse identique au premier et deuxième questionnaire)

+ : mouvement positif (amélioration de la réponse)

— : mouvement négatif (péjoration de la réponse)

Δ tot : somme des différences entre premier et deuxième questionnaire.

52 : nombre de questions testées

* : résultats significatifs statistiquement pour $p = 0,05$

Tableau C : évaluation subjective - groupe-contrôle

Patients	= /52	+ /52	— /52	Δ tot.
S	20	12	20	— 16
T	12	9	31	— 51*
U	24	9	19	— 18
V	13	22	17	+ 1
W	15	23	14	+ 19*
X	19	16	17	— 4
Y	14	10	28	— 32
Z	18	17	17	— 3

idem tableau B.

groupe-test :

limites d'intervalles de confiance : $-4,6 \leq \text{moy. pop.} \leq +13,4$

valeurs significatives : **$-12, +16, +21$**

(pour : moy. = 4,5, écart-type = 118, $p = 0,05$, $m = 7$ et $t = 2,36$).

groupe-contrôle

limites d'intervalles de confiance : $-41 \leq \text{moy. pop.} \leq +15$

valeurs significatives : **$-51, +19$**

(pour : moy. = -13 , écart-type = 1098, $p = 0,05$, $m = 7$ et $t = 2,36$).

On a pratiqué également entre les Δ tot. des deux groupes une comparaison statistique des moyennes de réponses qui montre une grande proximité de la significativité pour $p = 0,05$ ($t = 2,21$). Ceci permet d'affirmer que les résultats du groupe-test et du groupe-contrôle peuvent être comparés valablement.

On a effectué la même démarche entre les valeurs de Δ tot. du tableau A et du tableau B qui montre une différence significative pour $p = 0,01$. A nouveau, ces résultats se révèlent comme pouvant être comparés.

De l'ensemble de ces résultats, on peut tirer les conclusions suivantes concernant l'évaluation subjective par questionnaire d'auto-évaluation, après une thérapie de six mois par l'expression corporelle.

En ce qui concerne les colonnes 2 et 3, on remarquera tout d'abord une différence de distribution entre le groupe-test et le groupe-contrôle (tableau B et C). Pour le groupe-contrôle, la distribution est relativement homogène entre les trois colonnes, alors que pour le groupe-test on note une prédominance des réponses identiques entre premier et deuxième questionnaire (col. 1) et une répartition homogène pour les colonnes 2 et 3.

De ces données et de la colonne 4, on peut conclure pour le groupe-test que la thérapie par l'expression corporelle (dans le cadre de cette évaluation) induit des «mouvements» allant dans le sens positif ou permettant de conserver une stabilité (7 résultats sur 8). Au contraire, on note dans le groupe-contrôle un plus grand nombre de mouvements apparents (petits chiffres dans col. 1) mais se soldant finalement par des mouvements à tendance nettement négative ou stationnaire (7 résultats sur 8).

En ce qui concerne le groupe-test, on retrouve dans la colonne 4 des résultats significatifs statistiquement pour les mêmes patients (sauf le patient H) et allant dans le même sens que les résultats obtenus par la grille d'évaluation phénoménologique. Ceci est relativement surprenant, vu le niveau de la personnalité testé.

On aurait, en effet, pu s'attendre à ce que ces résultats n'apparaissent pas encore au moyen de cette évaluation, ou du moins ne soient statistiquement pas significatifs.

La perte de significativité du résultat de la patiente H dans la GES pourrait être expliquée par les problèmes linguistiques (langue maternelle allemande) entraînant des difficultés de compréhension du questionnaire et des confusions dans les réponses. La réalité clinique confirmerait, en effet, plutôt le résultat obtenu par la GEP.

Ceci met en évidence un des avantages de la GEP dont les résultats ne sont pas influencés par les problèmes de compréhension intellectuelle.

En ce qui concerne les limites de cette évaluation subjective (GES), on retrouve les mêmes problèmes que pour la GEP, à savoir : le côté ponctuel de l'évaluation ne rendant pas compte des mouvements intermédiaires et l'influence des résultats par l'état clinique du patient au cours de l'évaluation. Ce dernier point est plus difficilement compensable pour la GES, l'évaluation se déroulant en une heure environ.

Dans l'optique de ce travail, et grâce à l'utilisation de la grille d'évaluation subjective, on peut donc confirmer que la thérapie par l'expression corporelle induit un *mouvement vers plus de globalité* ou permet de conserver une certaine *stabilité* de cet état chez la personne âgée — mouvement positif et stabilité qui ne sont pas retrouvés chez le groupe-contrôle.

Les résultats apportés par ces deux moyens d'évaluation objective confirment ce que l'observation clinique directe par le thérapeute permet de percevoir.

III. REMARQUES ET ÉVALUATIONS SUBJECTIVES PAR LE THÉRAPEUTE

Je vais résumer dans ce chapitre quelques conclusions concernant l'organisation et le vécu de la thérapie qui sont apparues de façon évidente au cours de cette recherche.*

La thérapie corporelle avec ce groupe de patients âgés a permis tout d'abord de mettre en évidence quelques *éléments spécifiques* à cette population. J'en citerai trois en guise d'exemple :

- le type d'*espace* utilisé par la personne âgée est souvent le même mais n'est pas forcément restreint. Elle utilise un espace qui lui est familier (large, étroit ou intermédiaire) mais en module peu l'utilisation en fonction des besoins ou des circonstances;

* Ces conclusions sont superposables à celles que j'ai pu tirer au cours de deux années d'animation de thérapies en expression corporelle avec des patients gériatriques (1975-1977).

- contrairement à l'idée habituelle, la personne âgée a autant de peine à se mouvoir ou à utiliser des *rythmes* lents que des rythmes rapides. Elle préfère les rythmes intermédiaires, notamment à cause de l'équilibre tonique qu'ils favorisent.
- sur le plan de l'*énergie* (tension musculaire aussi bien que psychique), la personne âgée garde un état de tension moyen constant. Un laisser-aller autant qu'une contracture lui sont pénibles. Cet état tensionnel pourrait être expliqué par la volonté de se prémunir à la fois contre l'agression externe (sensations, perceptions trop fortes, agression corporelle entraînant un déséquilibre, etc.) et contre le «démembrement» interne (émotion, maladie, vertige, perte de connaissance, ...). L'énergie utilisée à maintenir cette «gaine» tensionnelle est souvent fort coûteuse. La thérapie corporelle peut aider la personne âgée à trouver le niveau énergétique optimum lui permettant de garder le contrôle désiré de la façon la plus économique qui soit. Elle permet également de faire l'expérience d'une certaine possibilité de mobilité tensionnelle non dangereuse.

Ces trois exemples montrent que la personne âgée ne perd en fait pas ses potentialités face à l'utilisation de l'espace, du rythme et de l'énergie, mais qu'elle perd par contre la mobilité lui permettant d'utiliser ces potentialités. La thérapie corporelle peut l'aider à élargir son champ d'utilisation de ces facultés.

J'exposerai maintenant quelques constatations concernant le *vécu* proprement dit du groupe.

Quelques *limites* tout d'abord de la thérapie corporelle avec la personne âgée: elles mettent en évidence les côtés décevants que cette approche peut avoir:

- la nécessité de répétition des expériences dans le temps.
- une certaine pauvreté persistante dans l'utilisation de l'imagination.
- une difficulté de critique (face à l'autre, à soi-même, ...) et d'élaboration du vécu.
- la persistance de certaines résistances anciennes.
- le côté peu «spectaculaire» de certains résultats qui sont beaucoup plus qualitatifs que quantitatifs.

Malgré ces limites, on constate des *modifications* importantes au cours de la thérapie.

Au début de la prise en charge, on peut noter:

- une utilisation à minima des dimensions (espace, temps, énergie).
- le corps est peu utilisé dans l'action; l'imagination et la créativité en sont absentes.
- le corps est mal «perçu» (limites, contenant, contenu); la réceptivité à

l'extérieur est très partielle; l'expression des émotions et des sentiments peu importante.

- la relation à l'autre est vécue essentiellement sur le mode agressif-défensif; le milieu est plus ou moins menaçant.

En bref, le corps est faiblement investi, il est « utilisé » la plupart du temps de façon mécanique, il « fait » des exercices: le corps est vécu comme un « *objet* » *extérieur peu mobile* sur tous les plans.

Au cours de la thérapie, les patients :

- expérimentent une possibilité plus large d'utilisation consciente du temps, de l'espace et de l'énergie: « quand on est crispé on ne se sent pas soi-même. »
- peuvent exprimer une volonté d'autonomie et s'employer à la développer: « ici, je sens que je parviens à me dépasser; je me libère. »
- parviennent à mieux verbaliser certaines expériences corporelles passées ainsi que le vécu présent. Une meilleure définition des limites du corps est possible: « c'est ma colère contre mon ventre que je n'arrive pas à détendre; ce n'est pas dessus, c'est à l'intérieur. »
- perçoivent leurs sentiments et leurs émotions, notamment le plaisir et deviennent plus capables de les manifester: « c'est comme un peu de joie; j'ai envie de danser, j'aime la gaité... aujourd'hui, je me sens bien dans ma peau comme je suis. »
- vivent la relation à l'autre comme lieu d'expression affective et sexuée qui peut se modifier dans le temps. Ils développent également la possibilité d'une individualisation: « j'arrive finalement aussi bien à dire oui que non si je le désire. »

Le corps, d'« objet » extérieur, *devient* « *habité* ». Les patients acquièrent une certaine mobilité physique et psychique leur permettant une meilleure perception de leurs limites réelles mais aussi de leurs possibilités. Cette évolution assure une meilleure insertion dans la réalité avec la possibilité de contact avec l'environnement et avec soi-même, permettant une meilleure estime de soi.

Ces bénéfices se traduisent également par de nettes améliorations de la symptomatologie clinique de départ: diminution des plaintes hypochondriaques; amélioration des signes dépressifs; diminution de l'anxiété, ...

L'ensemble de ces résultats a été mis en évidence ici sur une période de six mois. On note cependant le même « type » de résultats sur des périodes beaucoup plus courtes, par exemple les changements survenant entre début et fin de la même séance. Bien que moins durables et moins profonds, ils sont néanmoins significatifs.

Enfin il est important de noter que les patients eux-mêmes perçoivent cette thérapie corporelle comme quelque chose d'important pour eux. Ils la vivent comme une source de plaisir et d'amélioration de leur état global.

Je terminerai en faisant quelques remarques concernant les *particularités de la prise en charge* en expression corporelle avec les *patients gériatriques* :

- vu l'importance de l'investissement du corps par la personne âgée, il est souhaitable d'être très attentif à la *problématique « somatique »* qu'elle peut exprimer, soit au début, soit en cours de séance. La sensibilisation au corps propre issu d'un vécu immédiat spontané (perte d'équilibre, douleurs arthrosiques, lourdeur, fatigue, ...), assure un ancrage dans la réalité. Loin de faire renoncer à des vécus plus expressifs ou à des élaborations plus poussées, ce point de départ terre-à-terre, dans ce qui est la vie quotidienne de ces patients, assure un lien avec les prises de conscience futures.
- le *respect des rythmes* du patient âgé est primordial : rythme de prise de conscience, nécessité de répétition de l'expérience, fatigue physique... De même, le *respect des « défenses »* (rigidité tonique, musculaire, articulaire, « oubli » de muscles ou de parties du corps...) est important : nécessité de percevoir leur sens, leur ancienneté et l'opportunité de les mettre en évidence. Il faut parvenir à distinguer ce qui est antalgique de ce qui est défensif.
- comme corollaire à ces deux points, on insistera sur une *disponibilité du thérapeute* à ce qui se passe pendant la séance plutôt que sur une élaboration préconçue de celle-ci — ce qui n'empêche aucunement la réalité du « processus » thérapeutique.
- sur le plan très technique, on utilisera beaucoup le travail par les *contrastes* (contraction-relâchement, ouvert-fermé, ...). Ce moyen permet souvent de stimuler le côté ludique de la thérapie corporelle. Le *jeu et la danse* sont des aspects fondamentaux de cette approche et ceci particulièrement chez la personne âgée. Ils permettent de faire l'expérience du corps comme source de *plaisir*.
Le support épisodique de la musique stimule une certaine possibilité fantasmatique.
- on peut insister enfin sur l'*importance du groupe*. En lui-même, il tire la personne âgée de l'isolement, stimule à la vie sociale. Il permet le travail « en miroir », met en évidence la réalité de la vie sexuée, offre la possibilité de se confronter à l'autre dans un cadre relativement sécurisant. Dans ce groupe le thérapeute doit occuper une place adéquate, demeurant constamment attentif aux problèmes transférentiels et contre-transférentiels.

CONCLUSION

Dans ce travail, j'ai tenté de mettre en relief sur le plan théorique et pratique divers aspects de l'*expression corporelle* qui montrent que cette approche peut être considérée comme une approche de la personne *globale*.

J'ai regroupé un ensemble de critères d'observation permettant d'évaluer ce type de prise en charge.

Les effets d'une thérapie par l'expression corporelle ont été observés sur un groupe de huit patients gériatriques pendant une durée de six mois.

Les conclusions de cette recherche mettent en évidence des changements positifs pour la majorité des participants du groupe. Ces changements peuvent être interprétés comme indicateurs d'un *mouvement* vers plus de globalité. Ils coïncident avec l'évolution clinique de ces patients.

Ces données permettent d'établir qu'une approche par l'expression corporelle peut être bénéfique pour la personne âgée.

Ces résultats doivent cependant être critiqués : ils concernent tout d'abord une petite population ; ils n'ont été confrontés à ceux d'un groupe-contrôle que pour l'évaluation subjective ; ils sont limités, enfin, par leur nature relativement ponctuelle.

L'ensemble de cette recherche, qui doit être utilisée comme un document de travail, établit quelques jalons dans l'investigation de ce vaste domaine. Elle apporte quelques éléments permettant de confirmer certaines hypothèses.

Les résultats obtenus doivent être considérés avant tout sous l'angle *qualitatif*.

Ce que j'ai constaté, c'est qu'au cours de ces six mois de thérapie, un certain nombre de changements sont survenus dans la vie de ces personnes, à des niveaux et dans des domaines très différents pour chacun d'eux. Ces changements se sont élaborés petit à petit ; certains seront durables, d'autres passagers.

Ces différents « mouvements » mettent en évidence la possibilité, pour la personne âgée, de se *mobiliser*.

L'expression corporelle offre un cadre suffisamment *large* et sécurisant pour permettre cette mobilisation, tantôt à travers le plaisir du jeu ou de la danse, tantôt à travers l'expérience de la sensation ou du mouvement.

Cette mobilisation peut conduire à un approfondissement de la connaissance de soi et de l'autre, dans la réalité.

La possibilité d'élaboration du vécu dans le cadre thérapeutique assure un lien entre expérience et prise de conscience.

Cette possibilité pour le patient de communiquer à différents niveaux entraîne une action thérapeutique se situant également à différents niveaux, selon les besoins.

Le thérapeute est ainsi amené à considérer le patient sous un angle global, à stimuler les interactions entre ses différentes potentialités, à catalyser un *processus* d'intégration.

Ce processus peut entraîner une nouvelle expression de la dynamique du changement, issue de la vie de relation.

Il peut conduire le patient à abandonner sa *spécialisation*, à élargir son champ d'expérience.

Il permet parfois, sinon un changement de route, du moins un changement de regard.

RÉSUMÉ

Cette recherche étudie les effets d'une thérapie de six mois par l'*expression corporelle* chez des patients âgés, suivis ambulatoirement et présentant une pathologie à prédominance psychiatrique.

La thérapie ainsi que son évaluation sont conçues autour du concept de *globalité*.

Une grille d'observation phénoménologique du travail corporel ainsi qu'un questionnaire d'auto-appréciation ont été élaborés.

Les résultats provenant des évaluations tant objectives que subjectives mettent en évidence un ensemble de changements, indiquant une tendance vers plus de globalité.

On note parallèlement une amélioration ou une stabilisation de la symptomatologie clinique présentée par la majorité de ces patients.

Les limites de ce type de prise en charge sont également envisagées.

SUMMARY

This study is about the effects of a six-month dance therapy session with elderly out-patients, presenting predominantly a psychiatric pathology.

The therapy and the estimation are built around the concept of wholeness.

A phenomenological scale of body work and a self-evaluation questionnaire have been elaborated.

The results from the objective as well subjectiv estimation let appear therapeutical changes, showing a tendency towards more wholeness.

In a similar way, an improvement or a steady state of the symptoms shown by the majority of the patients were noticed.

The limitations of this type of therapy are also considered.

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

1. BERGES, J.: *Quelques thèmes de recherche en psychomotricité*, in: «Thérapie psychomotrice» No. 19, août 1973.
2. BROHM, J.M.: *Corps et politique*. J.P. Delarge, Ed., Paris (1975).
3. GARRONE, G.: *Voir et entendre en médecine*, in: «Méd. & Hyg.» 34: 1810-1813 (1976).
4. SATPREM: *Par le corps de la terre*, Ed. Auropress (1973).
5. TEILHARD DE CHARDIN, P.: *Le Phénomène humain*, Ed. Seuil, Paris (1955).

A. CADRE DE LA RECHERCHE

I. VERS UN CONCEPT DE «GLOBALITÉ»

6. AGEL, J.: *The radical therapist*, Ballantine Books, New York (1971).
7. AJURIAGUERRA, J. de: *Le corps comme relation*, Rev. Psychol. pure et appl., 21: 137-157 (1962).
8. BALINT, M.: *Le médecin, son malade et la maladie*, P.U.F., Paris (1960).
9. BARNES, M., BERKE, J.: *Mary Barnes, un voyages à travers la folie*, Ed. Seuil, Paris (1973).
10. BASAGLIA: *L'institution en négation*, Ed. Seuil (Combats), Paris (1970).
11. BETHLEEM Frat.: *L'unité de la personne et la méthode Vittoz*, S.J. d'Arc, (Pub. interne).
12. BOSS, M.: *Einführung in die Psychosomatische Medizin*, Bern, Stuttgart (1954).
13. COOPER, D.: *Psychiatrie et anti-psychiatrie*, Ed. Seuil, Paris (1970).
14. DIATKINE, R.: *Présentation de malades*, Bel-Air, 1977 (Non pub.).
15. DREYFUS, C.: *Les groupes de rencontre*, Coll. RETZ.C.E.P.L., Paris (1975).
16. DU BOIS, R.: *Fondements d'une étiologie psychosomatique de l'arthrite rhumatoïde*, Thèse de la Faculté de Méd. No. 3180, Université de Genève (1969).
17. DUPUY, J.P., KARSENTY, S.: *L'invasion pharmaceutique*, Ed. Seuil, Paris (1974).
18. DURCKHEIM, K.G.: *Pratique de la voie intérieure*, Le Courrier du Livre, Paris (1968).
19. GARRONE, G.: *Troubles fonctionnels et médecine psychosomatique*, Conférence donnée au Centre hospitalier de Thonon, mai 1976.
20. GRODDECK, G.: *Le livre du ça*, N.R.F., Ed. Gallimard (1963).
21. FREUD, A.: *Les rapports entre la pédiatrie et la psychologie de l'enfant*, Hexagone (Roche) 3, No. 7 (1975).
22. FREUD, S.: *Le moi et le ça*, Essais de psychanalyse, Petite Bibliothèque Payot, Paris (1968).
23. ILLICH, I.: *Némésis médicale*, Ed. Seuil, Paris (1975).
24. — : *La convivialité*, Ed. Seuil, Paris (1973).
25. KNOEPFEL, H.K.: *La relation médecin-malade*, Hexagone (Roche) 2, No. 4 (1974).

26. LAING, R.D.: *Le moi divisé*, Ed. Stock (1970).
27. LEONARD, G.: *The holistic health revolution*, New West., May 1976.
28. MARCUSE, H.: *L'homme unidimensionnel*, Les Editions de Minuit, Paris (1968).
29. MASLOW, A.H.: *Vers une psychologie de l'être*, L'expérience psychique, Fayard (1972).
30. MAY, R.: *Love and will*, New York: W.W. Norton and Co. (1969).
31. McKNIGHT, J.: *La médecine, modèle de domination moderne*, Symposium: Limites de la médecine, Davos, mars 1975.
32. MERLEAU-PONTY: *Phénoménologie de la perception*, Gallimard (1945).
33. MITSCHERLICH: *L'idée de paix et l'agressivité humaine*, N.R.F. Ed. Gallimard (1970).
34. PAGES, M.: Préface, in: *Le développement de la personne* de C. Rogers, Ed. Dunod (1968).
35. ROGERS, C.R.: *Le développement de la personne*, Ed. Dunod (1968).
- 35b — : *Client-centered therapy*, Houghton Mifflin Co., Boston (1951).
36. TOURNIER, P.: *20 années de médecine de la personne*, Le groupe de Bossey, Imp. Chantec., Melun (1969).
37. VITTOZ, R.: *Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral*, J.P. Baillière (1972).

II. L'EXPRESSION CORPORELLE

38. A.D.T.A.: *Therapeutic process: Movement as integration*, Proceedings of the Ninth annual conference (1975).
39. AJURIAGUERRA, J., de CAHEN, M.: *Tonus corporel et relation avec autrui. L'expérience tonique au cours de la relaxation*, Ref. Med. Psychosom. 2 : 89-124 (1960).
40. ALLPORT, G.W.: *Becoming, basic considerations for a psychology of personality*, Yale Univ. Press (1955).
41. ALPERSON, E.D.: *Increasing facilitator effectiveness by bridging two modes of consciousness*, A.D.T.A. Proceed. 9th ann. conf. (1975).
42. BERGER, M.M.: *The impact of non-verbal communication in human interaction*, A.D.T.A. Proceed. 5th ann. conf. (1970).
43. BERGER, M.R.: *Bodily experience and expression of emotion*, A.D.T.A. Monograph No. 2 (1972).
- 43b — : *The role of a dance therapist in a psychiatric setting*, Focus on dance VII. Dance Therapy (1974).
44. BERNSTEIN, P.L.: *Theory and methods in dance-movement therapy*, Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt Publishing Co., (1972).
45. BERTHERAT, T.: *Le corps a ses raisons: auto-guérison et anti-gymnastique*, Ed. Seuil, Paris (1976).
46. BOURGEOIS, P.: *Les limites de l'image du corps dans l'anorexie mentale*, L'Evolution psychiatrique 1 : 73-121 (1973).
47. BRIEGHEL-MULLER, G.: *Eutonie et relaxation*, Delachaux et Niestlé (1972).
48. BROWN, B.B.: *New mind, new body*, Bantam Book (1974).
49. BURTON, C.L.: *Movement as group therapy in the psychiatric hospital*, Focus on Dance VII. Dance Therapy (1974).
50. CARLETON, J.L.: *Dance therapy really is*, A.D.T.A. Proceed. 7th ann. conf. (1972).

51. CHACE, M.: *Dance as an adjunctive therapy with hospitalized mental patients*, Bulletin of the Menninger Clinic, Vol. 17, No. 6 (1953).
52. CLEARY, S.: *Movement therapy: its emerging role in the treatment of psychosocial function and dysfunction*. Conf. présentée à la Convention annuelle de l'American occupational therapy Ass., Chicago (1973).
53. COLLOQUE DE RELAXATION: Clin. Psy. Bel-Air, Mars 1975.
54. DAVIS, D.W.: *Study of the influence of structural integration (postural release) upon selected measures of body image in nine subjects*. Thesis: Univ. of Calif., Los Angeles (1969).
55. DELANEY, W.: *The dance-therapist's role in a clinical team*, Focus on Dance VII. Dance Therapy (1974).
56. DROPSY, J.: *Vivre dans son corps*. Ed. EPI (1973).
57. DRYANSKY, V.: *A case study of a chronic paranoid schizophrenic in dance therapy*. A.D.T.A. Monograph No. 3 (1973-74).
58. DYER-BENNET, M.: *Change: our most deceptive therapeutic goal*. A.D.T.A. Proceed. 5th ann. conf. (1970).
59. ESPENAK, L.: *Body-dynamics and dance in individual psychotherapy*. A.D.T.A. Monograph No. 2 (1972).
60. FELDENKRAIS, M.: *L'expression corporelle*. Ed. Chiron, Paris (1964).
61. — : *Awareness through movement*. New York: Harper and Row (1972).
62. FISHER, S., CLEVELAND, S.: *Body image and personality*. Dover Pub. New York (1968).
63. GARAUDY, R.: *Danser sa vie*. Ed. Seuil, Paris (1973).
64. GOVINE, B.F.: *Dance therapy: an existential-humanistic approach*, in: «Eight approaches to dance therapy». P. Bernstein Ed. (1976).
65. JACOBSON, E.: *Modern treatment of tense patients*. Springfield: Charles C. Thomas Publ. (1970).
66. — : *Self-operations control*. J.B. Lippincott. Comp. Publ. (1964).
67. JAMES, W.: *Psychology: briefer course*. Collier-Macmillan Ltd, London (1962).
68. JOHN, M.: *Isadora Duncan and basic dance*. Dance Index (1942).
69. JUNG, C.G.: *Types psychologiques*. Lib. de l'Univ. Georg & Cie (1950).
70. KAMIN, D.: *Thoughts on therapy*. A.D.T.A. Monograph No. 1 (1971).
71. KEEN, H.: *Dancing toward wholeness*. A.D.T.A. Monograph No., 1 (1971).
72. LABAN, R.: *The mastery of movement*. 2d ed. rev., Lisa Ullman, London: Macdonald and Evans (1960).
73. LAPIERRE, A., AUCOUTURIER, B.: *Les contrastes*. Ed. Doin, Paris (1974).
74. LOWEN, A.: *La dépression nerveuse et le corps*. Coll. Tchou (1975).
75. — : *Le langage du corps*. Coll Tchou (1977).
76. — : *Le corps bafoué*. Coll. Tchou (1976).
77. — : *The body in therapy*. A.D.T.A. Proceed. 5th ann. conf. (1970).
78. NORDEN, H.: *Le training autogène — Le point sur la question*. Hexagone (Roche) 3, No. 5 (1975).
79. NORTH, M.: *Personality assessment through movement*. London: Macdonald and Evans (1972).
80. MAY, P., WEXLER, M., SALKIN, J., SCHOOP, T.: *Non-verbal technique in the re-establishment of body image and self-identity*. Psy. Research Reports 16, May, 1963.
81. MORENO, J.L.: *The first psychodramatic family*. New York: Beacon House (1964).

82. MORRIS, M.B.: *Short term movement therapy in a hospital setting: goals and expectancies*. Thesis: Univ. of Calif., Los Angeles (1975).
83. PERLS, F.S.: *Ma Gestalt-Thérapie*. Coll. Tchou (1976).
84. PESSO, A.: *Movement in psychotherapy*. New York: New York Univ. Press (1969).
85. PSYCHOMOTRICITÉ auprès de schizophrènes, avec T. SCHOOP. Soc. Int. de Thérapie Psychomotrice (Bruxelles) (1975).
86. QUINODOZ, J.M.: *En-deça du langage: la relaxation*, in «L'Information psychiatrique», Vol. 51, No 9 (1975).
87. REICH, W.: *L'analyse caractérielle*. Ed. Payot, Paris (1973).
88. — : *La fonction de l'orgasme*. L'arche, Paris (1970).
89. ROBINSON, E.: *Dance, a therapeutic tool*. Quarterly of Camarillo, Vol. I, No. 1, Feb. 1965.
90. SALKIN, J.: *Body Ego Technique*. Springfield, Charles C. Thomas Publ. (1973).
91. SANDEL, S.L.: *Integrating dance therapy into treatment*. J. of hosp. and community psy., Vol. 26, No. 7 (1975).
92. SANDEL, S.L., JOHNSON, D.: *Indication and contra-indication for dance therapy in a long-term psychiatric hospital*. A.D.T.A. Monograph No. 3 (1973-74).
93. SCHILDER, P.: *L'image du corps*. Gallimard (1968).
94. SCHMAIS, C.: *Dance therapy in perspective*. Focus on Dance VII: Dance Therapy (1974).
95. SCHOOP, T.: *Won't you join the dance?* Palo Alto: National Press Books (1974).
96. — : *Dance and delusions*. A.D.T.A. Proceed. 7th ann. conf. (1972).
97. SCHULTZ, J.H.: *Le training autogène*. Paris, P.U.F. (1972).
98. SIEGEL, E.V.: *Psychoanalytic thought and methodology in dance-movement therapy*. Focus on dance VII: Dance Therapy (1974).
99. — : *Movement therapy as a psychotherapeutic tool*. J. of Amer. Psychoanalytic Ass. 21: 333-350, No. 2 (1973).
100. — : *The resolution of breast fixations in three schizophrenic teenagers during movement therapy*. A.D.T.A. Proceed. 5th ann. conf. (1970).
101. — : *The treatment of depressive states during movement therapy*. A.D.T.A. Monograph No. 3 (1973-74).
102. SMALLWOOD, J.: *Philosophy and methods of individual work*. Focus on dance VII: Dance Therapy (1974).
103. — : *Dance-movement therapy*. A.D.T.A. Proceed. 9th ann. conf. (1975).
104. STARK, A., BANDERET, S.: *Expérience d'un groupe "mouvement et expression corporelle" pour personnes âgées*. Recherche non publiée. Centre de gériatrie, Genève (1976).
105. WEINER, H.B., SACKS, J.M.: *Warm-up and sum-up*. Moreno Institute, New York.
106. WHITE E.Q.: *Effort-shape: its importance to dance-therapy and movement research*. Focus on dance VII: Dance Therapy (1974).
107. WHITEHOUSE, M.: *Reflections on a metamorphosis*, in: «Impulse» (1968).
108. WIGMAN, M.: *Language of the dance*. Middletown, Conn.: Wesleyan Univ. Press (1963).
109. YABLONSKY, L.: *Psychodrama theory and practice*. Univ. Berkeley, Calif. (1973).

III. LA PERSONNE ÂGÉE

110. ANDREOLI, A., PICOT, A., RICHARD, J.: *Le corps du vieillard à travers la relaxation*. Rev. Méd. Psychosom. et de Psychol. Méd. No. 3 (1974).
111. BALIER, C.: *Le centre de jour pour retraités*. G.M. de France. Tome 82, No. 3 (1975).
112. BALIER, C., GOGNALONS-CAILLARD, M.: *Insuffisance des critères médicaux en pathologie gériatrique*. Méd. & Hyg. 33: 842-845 (1975).
113. BLANK, M.L.: *Raising the age barrier to psychotherapy*. «Geriatrics», Nov. 1974.
114. BUTLER, R.N., LEWIS, M.I.: *Aging and mental health*. The C.V. Mosby Company, Saint-Louis, (1973).
115. CHOWN, S.M.: *Human ageing*. Selected Readings. Ed. S.M. Chown. Penguin Books (1972).
116. CLARK, M.: *The anthropology of aging*. Chap. 48, in: «Middle age and aging» (Textbook) (1968).
117. DE VRIES, H.A.: *Physiology of exercise and aging*. Chap. 12, in «Aging, scientific perspectives and social issues» (Textbook) (1975).
118. — : *Vigor regained*. Prentice-Hall-Inc. Pub. Eaglewood Clifts, New Jersey (1974).
119. EISDORFER, C.: *Making life worth living*. Med. & Soc. Dept. University of Berkeley, Calif.
120. FELSTEIN, I.: *Sex in later life*. Penguin Books (Pelican) (1970).
121. GARNET, E.D.: *A movement therapy for older people*. (En cours de publ.) (1977).
122. — : *Geriatric-Calisthenics: a group therapy approach*. A.D.T.A. Monograph No. 2 (1972).
123. GODA, G.: *Problèmes psychothérapeutiques en psycho-gériatrie*. Exposé présenté à la Soc. Suisse de Gérontologie, mars 1976.
124. GOODMAN, M.: *Independent study on geriatric dance therapy*. Mills College, Fall 1974.
125. IRWIN, K.: *Dance as prevention of, therapy for, and re-creation from the crisis of old age*. A.D.T.A. Monograph No. 2 (1972).
126. JUNOD, J.P., MARTIN, E.: *Précis de gériatrie*. Ed. Masson/H. Huber (1973).
127. KEELOR, R.: *Physical fitness and health*, in: «Aging» No. 258, April, 1976.
128. LESLIE, D.K., McLURE, J.W.: *Exercices for the elderly*. Pub. University of Iowa (1975).
129. NEUGARTEN, B.L.: *Middle age and aging*. The Univ. of Chicago Press (1968).
130. PUJADE-RENAUD, C.: *Expression corporelle: langage du silence*. Ed. E.S.F., Paris (1976).
131. SCHWARTZ, A.N.: *Planning micro-environments for the aged*. Chap. 13, in: «Aging: Scientific perspectives and social issues» (Textbook) (1975).
- 131b. — : *A transactional view of the aging process*, in: «Professional obligations and approaches to the aged». Pub. CC. Thomas, USA (1974).
132. SIMEONE, I.: *Le vieillard et son corps*. Communication présentée au Vè Congrès de médecine psychosomatique, Paris (1976).
133. TOWNSEND, P.: *The psychology of health*. Chap. 23, in: «Middle age and aging», (Textbook) (1968).
134. WERTHEIMER, J.: *La psycho-gériatrie, un exemple de médecine totale*. Méd. & Hyg. 33: 861-866 (1975).

135. WOODRUFF, D.S. : *A physiological perspective of the psychology of aging*. Chap. 9, in : «Aging: Scientific perspectives and social issues» (Textbook) (1975).
136. WOODRUFF, D.S., BIRREN, J.E. : *Aging: Scientific perspectives and social issues*. D. van Nostrand Pub. (1975).

B. LA RECHERCHE

ESPACE

137. BACHELARD, G. : *La poétique de l'espace*. P.U.F., Paris (1974).
138. FISHER, S. : *Body consciousness*. Spectrum Book. Prentice-Hall Inc. (1973).
139. HALL, T.E. : *La dimension cachée*. Ed. Seuil, Paris (1971).
140. LITTLE, K.B. : *Personal space*. J. of Exp. Soc. Psych. 1 : 237-47 (1965).
141. SOMMER, R. : *Personal space: the behavioral basis of design*. Englewood Cliffs, New-Jersey. Prentice-Hall Inc. (1969).

TEMPS

142. GAUQUELIN, M. : *Rythmes biologiques, rythmes cosmiques*. Marabout Université (1973).
143. HILDEBRANDT, G. : *La recherche dans le domaine du rythme*. Hexagone (Roche) 1, No. 3 (1973) et 3, No. 1 (1975).
144. LAPIERRE, A., AUCOUTURIER, B. : *Associations de contrastes, structures et rythmes*. Ed. Doin (1974).
145. LUCE, G.D. : *Body time*. New York : Random House (1971).
146. LUCE, G.G. : *Biological rhythms in human and animal physiology*. Dover Publ. Inc., New York (1971).

ENERGIE

147. ANDRE-THOMAS, AJURIAGUERRA, J. de : *Etude sémiologique du tonus musculaire*. Ed. Médicales Flammarion, Paris (1949).
148. HALL T.E. : *The silent language*. New York : Doubleday & Co. (1959).
149. LAPASSADE, G. : *La bio-énergie*. Ed. Univ. Paris : «Psychothèque» (1974).
150. MOROWITZ, H. : *Energy flow in biology*. New York : Academic Press (1968).

AGIR

151. BARROW, F. : *Creativity and personal freedom*. New York : Van Nostrand Co. (1968).
152. MOUSTAKAS, C. : *Creativity and conformity*. New York : Van Nostrand Co. (1967).
153. SELYE, H. : *The stress of life*. New York : McGraw-Hill Co. (1956).
154. SPITZ, R.A. : *Le non et le oui*. P.U.F. Bibliothèque de Psychanalyse (1962).

SENTIR

- 155. JACOBSON, E.: *Biology of emotions*. Springfield: Charles C. Thomas Publ. (1967).
- 156. LANGER, S.K.: *Feeling and form*. New York: Charles Schribner's Sons (1953).
- 157. MASON, R.E.: *Internal perception and bodily functioning*. New York: International Univ. Press (1961).
- 158. ROYCE, J.: *Surface anatomy*. Philadelphia: F.A. Davis (1973).
- 159. WENGER, M.A.: *Emotion as a visceral action*. New York: McGraw Hill Book Co.

PENSER

- 160. BERTRAND, M., DUNANT, M.: *Expression corporelle: mouvement et pensée*. Librairie J. Vrin (1970).
- 161. HUNT, V.V.: *The biological organisation of man to move*. Impulse: The annual of contemporary dance (1968).
- 162. LEONARD, G.: *The ultimate athlete*. New York: Viking Press (1975).
- 163. RUGG, M.: *Imagination*. New York: Harper and Row (1963).
- 164. TODD, M.E.: *The thinking body*. New York: Dance Horizons Inc. (1937).

MILIEU

- 165. DUBOS, R.: *L'homme et l'adaptation au milieu*. Ed. Payot, Paris (1965).
- 166. LAPIERRE, A., AUCOUTURIER, B.: *La symbolique du mouvement*. Coll. EPI. (1975).
- 167. PROSHANSKY and coll.: *Environmental psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston (1970).
- 168. SCHEFLIN, A.: *Body language and the social order*. New Jersey: Prentice-Hall (1972).
- 169. WINNICOTT, D.W.: *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. N.R.F., Ed. Gallimard (1975).

AUTRES

- 170. BARA, A.: *L'expression par le corps*. Ed. Privat, Toulouse (1974).
- 171. BAUDET, S.: *Connaître les autres par le corps*. Coll. RETZ, Paris (1973).
- 172. BERNARD, M.: *Le corps*. 2^e part.: «Le corps comme relation». Ed. Universitaires, Paris (1972).
- 173. — : *L'expressivité du corps*. Corps et culture. J.P. Delarge Ed., Paris (1976).

SOI

- 174. BACHELARD, G.: *La poétique de l'espace*. P.U.F., Paris (1974).
- 175. CORRAZE, J.: *Schéma corporel et image du corps*. (Textes réunis par —). Privat Ed., Toulouse (1973).
- 176. DURCKHEIM, K.: *Hara, le centre vital de l'homme*. Courrier du livre, Paris, (1971).
- 177. FOSTER, E.: *Le centre solaire du corps*. Ed. EPI, Paris (1973).
- 178. RICHARDS, M.C.: *Centering*. Middleton: Wesleyan Press (1964).

